

AIM-TELEGRAMM MITTEILUNGEN DER AKADEMIE FÜR INTEGRIERTE MEDIZIN Nr. 5 – November 2000

Inhalt:

- Editorial
- Protokoll der Mitgliederversammlung am 22.9.2000
- Berichte von der Jahrestagung der AIM 22.-23.9.2000 in Stuttgart
- Institutionen stellen sich vor
- Berichte aus den Regionalgruppen
- Initiativen – Projekte – Forschung
- Streiflicht
- Kontaktadressen
- Literaturhinweise

Editorial

Von PHILIPP HERZOG

Auf der Jahrestagung 1997 im Glottertal folgte der lang schon gehegten Idee die Tat: heraus kam im Januar 1998 das *AIM-Telegramm* als Informations- und Kommunikationsmedium der Akademie für Integrierte Medizin. Sie halten die nunmehr 5. Ausgabe in Händen, Anlass genug, **allen die das AIM-Telegramm mit Inhalt bereichert haben, herzlichen Dank zu sagen**. Das *AIM-Telegramm* lebt durch die Beiträge der Mitglieder und Freunde der AIM, genauso wie die AIM selbst sich nur durch die Lust auf neue Entdeckungen und den stetigen Zufluss an Ideen und Kraft weiterentwickelt. Immerhin steht das *AIM-Telegramm* auf unserer Homepage im Internet (<http://www.int-med.de>) zur Verfügung und ist damit einem weltweiten Publikum zugänglich. Der globalisierten Kommunikation ist es zu verdanken, dass wir inzwischen auch von dem Trend zur Integrierten Medizin in den USA erfahren haben: Weil, Andrew: *The Significance of Integrative Medicine for the Future of Medical Education*, *The American Journal of Medicine*, Vol. 108, April 2000. Die ganz Neugierigen können den Artikel im Sekretariat in Stuttgart anfordern.

Auf dem Lehrkörpertreffen in Hamburg und auf der Stuttgarter Jahrestagung war es allerdings weniger die globalisierte Kommunikation, die uns beschäftigte, sondern die Kommunikation untereinander in unserem Mikrokosmos der Akademie.

Kommunikation ist die Grundlage für eines unserer wichtigsten Anliegen: die Passungsvorgänge in den Beziehungen zu unseren Patienten besser zu verstehen. Dies findet seine Analogie im Bemühen um die Passungsvorgänge innerhalb der Akademie. Es sollte gerade uns selbst nicht besonders überraschen, dass im Austausch von Erkenntnissen und Erfahrungen zwischen verschiedenen Forschungsansätzen, zwischen verschiedenen Praxisfeldern, zwischen

Theorie und Praxis, und nicht zuletzt zwischen uns als Individuen in der AIM eine gestörte Passung sich am eindrucklichsten bemerkbar macht (s. Protokoll der Mitgliederversammlung). Die AIM wäre zu beglückwünschen, wenn es gelänge, den so beliebten wie fatalen Fehler nicht zu wiederholen: Dissenz unter den Tisch zu kehren. Im Dissenz, in der Dissonanz, in der Kontroverse liegt die Chance der Weiterentwicklung. Genau hier gilt es, die „Konstrukte unserer individuellen Wirklichkeiten“ aufeinander abzustimmen. Wenn die „Baumsäge klemmt“ tun wir gut daran, uns zu erinnern, dass nur der Kontakt, der Austausch, die Kommunikation und gerade auch der offene, aber gleichwohl faire Streit untereinander die Passungsstörung beheben kann. In diesem Sinne möchte ich alle anregen, die zur Entwicklung der Integrierten Medizin, aber auch zum Umgang miteinander innerhalb der AIM etwas beitragen möchten, es zu tun, und zwar hier an dieser Stelle! Das nächste *AIM-Telegramm* kommt – garantiert.

* * * * *

PROTOKOLL DER MITGLIEDERVERSAMMLUNG DER AKADEMIE FÜR INTEGRIERTE MEDIZIN am 22. September 2000 in Stuttgart

W. Geigges als Sprecher des Vorstands der Akademie für Integrierte Medizin eröffnet die Sitzung und gibt die Tagesordnung bekannt.

TOP 1

Bericht des Vorstands: Wesentliche Aktivitäten seit der letzten MV waren die Vorbereitung des Lehrkörpertreffens in Hamburg und der Jahrestagung in Stuttgart sowie die Entwicklung der Kooperation mit dem DKPM. Hierzu existiert ein Positionspapier von W. Geigges.

Die Lage der Finanzen ist unverändert gut, der Kassenbericht 1999 schließt mit einem Saldo von DM 85.457,41 im Haben. Die Gemeinnützigkeit ist für weitere 2 Jahre anerkannt. Die Jahrestagung in Stuttgart hat eine Budget von ca. DM 29.000,-, wird aber mit einem Defizit abschließen.

TOP 2

Bericht vom Lehrkörpertreffen am 19./20.5.2000 in Hamburg

W. Geigges skizziert das Ergebnis des Lehrkörpertreffens:

Die ausführlichen Diskussionen machten die Multiperspektivität der einzelnen Mitglieder des Lehrkörpers deutlich, R. Adler führt daher eine Befragung des Lehrkörpers durch, um die individuellen Positionen zu klären. Die Mitglieder des Lehrkörpers sind auf einem breiten Spektrum angesiedelt, dessen eines Ende diejenigen darstellen, die in der Praxis mit den alltäglichen Schwierigkeiten in der Patientenversorgung befasst sind, an dessen anderem Ende sich diejenigen befinden, die sich im wesentlichen mit der Entwicklung der Theorie beschäftigen. Die Aufgabe besteht darin, die Theorie an die gesellschaftliche Wirklichkeit anzuknüpfen. Die AIM kann als „Ideenwerkstatt“ ohne Druck durch Karriere oder finanzielle Abhängigkeiten fungieren. Wichtig dabei ist der Aspekt der Forschung sowie die Aufgabe in gesellschaftlichen und politischen Kontexten, für die Ideen der Akademie zu werben. Es folgt eine Diskussion, im Laufe derer H. Wedler an die Auseinandersetzungen mit dem Vorstand über den Ablauf der Jahrestagung erinnert. Er appelliert an alle Mitglieder der AIM, dass in solchen Diskussionsprozessen keine Entwertungen stattfinden sollten. G. Volk moniert, dass das, was auf der MV in Bad Arolsen besprochen worden sei, sich nicht im jetzigen Tagungsprogramm niedergeschlagen hat. Das ursprüngliche Konzept hatte eine Gegenüberstellung von „Narrative Based Medicine“ und „Evidence Based medicine“ vorgesehen. Wulf Bertram informiert, dass die Diskussion über das Tagungsthema in Arolsen ohne den zu diesem Zeitpunkt potenziellen Veranstalter H. Wedler und in sehr kleinem Kreis geführt worden war (ca. 20 AIM-Mitglieder). Nach Rücksprache mit Herrn Wedler, der sich zur Ausrichtung der Tagung bereit erklärt aber bestimmte eigene Vorstellungen über das Programm hatte, beschloss der Vorstand, auf diese einzugehen und die lokalen und tätigkeitsspezifischen Schwerpunkte des Veranstalters angemessen zu berücksichtigen.

Auf die Frage, warum die ausführlichen Protokolle des LK-Treffens nicht allen Mitgliedern zugesandt werden, weist B. Hontschik auf den großen Umfang der Protokolle hin, der erst überarbeitet werden müsse. Im weiteren wird die Frage diskutiert, warum die AIM nicht insgesamt öffentlich zu aktuellen Entwicklungen Stellung nimmt in Form von Presse und Öffentlichkeitsarbeit. Es wird eine Arbeitsgruppe zur Pressearbeit angeregt, insgesamt ist der Tenor der Diskussion, dass die AIM mit Werkstatt-Themen noch nicht an die Öffentlichkeit gehen sollte.

TOP 3

Berichte aus den Regionalgruppen

Hamburg (C. Schmeling-Kludas): Weiterhin 1x/Monat Dozententreffen mit bis zu 7 Teilnehmern, 4x/Jahr Treffen, die auch für Nicht-Mitglieder offen sind und im Hamburger Ärzteblatt angekündigt werden. Auf diesen Treffen, die unterschiedlich frequentiert werden, werden regelmäßig Reflektierte Kasuistiken durchgeführt, z.T. mit Fällen, die die Teilnehmer einbringen. Die Mitglieder des Lehrkörpers sind aktiv in der Kursen der Psychosomatischen Grundversorgung und der Kursweiterbildung Allgemeinmedizin an der Fortbildungsakademie der Ärztekammer. Bei öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen und Mitgliederzahl ist eher ein Rückgang zu verzeichnen.

Freiburg (W. Geigges): Die Gruppe existiert weiter mit 10 Mitgliedern, Thure v. Uexküll ist aus der Gruppe ausgeschieden. Die geschlossene Gruppe, überwiegend aus Ärzten bestehend, betreibt überwiegend Reflektierte Kasuistik. Die Gruppe trifft sich alle 4–6 Wochen und befindet sich derzeit in einem Neufindungsprozess. Bei einem hohen Maß an Vertrautheit und Verbindlichkeit besteht die Wirkung nach außen darin, daß ein wesentlicher Einfluss genommen wird auf das Curriculum Psychosomatische Grundversorgung in Südbaden, geprägt von den Säulen der Akademie (Konstruktivismus, Semiotik, Systemtheorie). Die Akzeptanz bei Lehrenden (incl. der psychoanalytische ausgebildeten Dozenten) und Lernenden ist wachsend. Die Gruppe arbeitet an einem Buchprojekt zur psychosomatischen Grundversorgung.

Frankfurt/M. (B. Hontschik): Die Frankfurter Gruppe hat sich seit der Gründung einmal getroffen mit 6 Teilnehmern. Die Motivation ist steigend, es gibt vorsichtige Schritte hin auf das Ziel Kommunikationsnetz, evtl. politische Aktivitäten. Reflektierte Kasuistiken werden nicht durchgeführt, da im Raum Frankfurt ein großes Angebot an Veranstaltungen wie Balintgruppen etc. existiert. Die Gruppe beschäftigt sich derzeit mit dem Papier, das Thure von Uexküll zum Lehrkörpertreffen in Hamburg vorgelegt hat.

Basel (Thure von Uexküll): Thure von Uexküll selbst ist aus dieser Gruppe ausgeschieden, hat aber eine neue Gruppe in Freiburg initiiert, die im Sinne einer Brücke zu anderen Berufsgruppen experimentell mit Mitarbeitern eines Pflegedienstes, Physiotherapeuten und Psychoanalytikern arbeitet.

Stuttgart (H. Wedler): Die Gruppe trifft sich alle 3 Monate, von ca. 100 Interessierten in der Kartei kommen regelmäßig ca. 20–30. Die Interessenten in der Kartei werden angeschrieben und die Veranstaltung wird im „Wegweiser der Ärzteschaft“ angekündigt. Dem Wunsch der Teilnehmer nach mehr Fortbildung entsprechend wird eine neues Konzept verfolgt. In den Reflektierten Kasuistiken werden Fälle aus dem stationären, dem ambulanten und dem Reha-Bereich vorgestellt. Die Falldarstellungen werden vorbereitet und die beteiligten niedergelassenen Kollegen werden gezielt eingeladen. Die Erfahrungen mit dem Versuch, die Kasuistiken aus mehreren Perspektiven zu betrachten, sind positiv.

Wiesbaden (Frau Balkhausen): Es existiert eine neue Gruppe ursprünglich von Herrn Albers an der DKD ins Leben gerufen. Die Gruppe besteht aus 7–10 Teilnehmern aus einem Kreis von 20 Interessenten und führt Reflektierte Kasuistiken und Übungen zu Begriffsdefinitionen der Integrierten Medizin durch.

TOP 4

AIM Telegramm: P. Herzog berichtet, dass bisher wenige Beiträge für das nächste AIM-Telegramm 5 vorliegen und bittet um aktive Beteiligung der AIM-Mitglieder. W. Geigges schlägt vor, regelmäßig Kasuistiken in das AIM-Telegramm aufzunehmen.

TOP 5

Tagungstermine

Lehrkörpertreffen: 11./12.5.2001: Die Hamburger Gruppe bietet an, erneut das Lehrkörpertreffen auszurichten. Es gibt ebenfalls ein Angebot aus Stadtlengsfeld für diese Veranstaltung.

Jahrestagung: C. Schmeling-Kludas bietet an, die nächste AIM-interne Jahrestagung zusammen mit der Hamburger Gruppe in Bad Segeberg auszurichten, was von allen Beteiligten begrüßt wird. Voraussichtlicher Termin: 21./22.9.2001

Als **Tagungsthemen** werden diskutiert:

- Wie im vorigen Jahr in Bad Arolsen vorgeschlagen: Gegenüberstellung von Narrativem Ansatz und „Evidence Based Medicine“
- H. Wedler schlägt eine Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Tendenzen innerhalb der AIM vor.

- W. Geigges: Einbringen der unterschiedlichen Praxisfelder Akutklinik – Reha-Klinik – ambulante Versorgung, wie schon auf der Tagung in Glottertal praktiziert.
- C. Schmeling-Kludas: Noch mehr Klarheit zur Frage „Was ist Reflektierte Kasuistik?“ erarbeiten. Näheres wird auf Vorstandsebene ausgearbeitet.

TOP 6

Verschiedenes

H. Fischer regt an, einen Leitfaden zur Durchführung Reflektierter Kasuistiken in Kurzfassung zu erarbeiten. Ein Buchprojekt in dieser Richtung ist in Arbeit. Die Vorschläge in dem Konzept zur Durchführung von Reflektierten Kasuistiken auf der Basis der von G. Ulrich/W. Burger /C. Schmeling-Kludas entwickelten Grundsätze (auf der Jahrestagung 1997 in Glottertal von C.S chmeling-Kludas vorgestellt) müssen weiter konkretisiert und mit den zwischenzeitlich erfolgten Entwicklungen verknüpft werden.

J. Jünger berichtet in diesem Zusammenhang von dem in Heidelberg durch geführten Reformcurriculum, an dem ca. 400 Studenten teilnehmen. Die Studenten erstellen dabei in den Bereichen, in denen sie arbeiten, Reflektierte Kasuistiken.

Aus der Diskussion über die Frage „Was unterscheidet Studentenunterricht von Arbeitsgruppen Reflektierte Kasuistik?“ ergab sich der Vorschlag, dass Herr Fischer und Frau Jünger einen Diskussionsentwurf für einen Leitfaden ausarbeiten könnten. Auch das Referat „Curriculum der AIM“ (W. Geigges) will sich um diese Frage kümmern.

Abschließend macht R. Otte den Vorschlag, ein Pressereferat einzurichten, um die Öffentlichkeitsarbeit zu verbessern. Hiefür soll erneut E. Huber angesprochen werden, unter anderem auch um seine Kontakte zu der Krankenkassenseite für die AIM zu nutzen.

P. Hahn spricht in seiner Eigenschaft als Vertreter des DKPM nochmals die Kooperation zwischen AIM und DKPM an und betont die Bedeutung dieser Kooperation für beide Organisationen. Es gibt hierzu ein Positionspapier von W. Geigges, das zu der Frage Stellung nimmt:

„Was sind die Kontextebenen der AIM?“

W. Geigges nennt als Arbeitsthemen:

- Kontakt zur Basis (ambulant und stationär)
- Die Erarbeitung eines differenzierten Modells, das einfließen kann in die Curricula der Psychosomatischen Grundversorgung und der Facharztweiterbildung
- Der Forschungsbedarf, insbesondere die fallorientierte Forschung als Schwerpunkt der AIM, besonders im Hinblick darauf, dass das DKPM immer strenger empirische Forschung betreibt und sich von der Orientierung am Patienten wegentwickelt
- Zusammenarbeit in Publikationen, z.B. der Schriftenreihe der AIM

P. Hahn sieht bei der DKPM eher den wissenschaftlichen Schwerpunkt, bei der AIM den Schwerpunkt bei der Arbeit an der Basis.

W. Geigges dankt den Teilnehmern an der MV und schließt die Sitzung.

Protokoll: P. Herzog – 30.9.2000

* * * * *

BERICHT VON DER JAHRESTAGUNG DER AKADEMIE FÜR INTEGRIERTE MEDIZIN am 22. und 23. September 2000 in Stuttgart

Organisation: Prof. Dr. H. Wedler, Bürgerhospital, Stuttgart

Um einen Eindruck von der Tagung auch denjenigen zu vermitteln, die nicht teilnehmen konnten, werden im Folgenden einige der Vorträge in gekürzter Form sowie ausgewählte Beiträge aus Arbeitsgruppen dargestellt.

Vorträge I: Integrierte Medizin im Akutkrankenhaus

MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN INTEGRIERTER MEDIZIN IM AKUTKRANKENHAUS

Von HANS WEDLER, Stuttgart

Integriert ärztlich zu arbeiten: Ist es nicht der Traum eines jeden angehenden und gestandenen Arztes, das gesamte Bezugssystem aus biologischen, seelischen und sozialen Faktoren, das sich in der Krankheit eines Patienten bündelt, gleichermaßen zu verstehen und auf Grund dieses Verstehens sinnvoll therapeutisch zu handeln?

Die Realisierung dieses Traums eröffnet sonst nicht erreichbare Möglichkeiten im ärztlichen Handeln. Sie stößt jedoch ständig und überall an Grenzen und Hindernisse.

Definition: Unterschiede selbst unter AIM-Mitgliedern.

„Integrative“ Versorgung = Verhaltenstherapie und analytische Psychotherapie

„Integrierte Versorgung“ = Verbindung stationär – halbstationär – ambulant

◆ Integrierte Medizin im Akutkrankenhaus ist die Berücksichtigung somatischer und psychosozialer Krankheitsanteile in Diagnostik und Therapie in einer Hand (eine Person oder ein Team) = „Psychosomatische Grundversorgung“.

◆ Integrierte Medizin ist in erster Linie eine Haltung (in der Begegnung mit den Patienten).

Für die Realisierung im Akutkrankenhaus ist es zwingend, dass sich der Ärztliche Leiter mit den Zielen integrierter Medizin identifiziert.

Aber es ist nicht nur Haltung, sondern auch:

◆ Kompetenz (ohne solide Somatik ist integrierte Psychosomatik ebenso auf Sand gebaut wie ohne tiefenpsychologisches Verständnis)

◆ Technik (Struktur, Gesprächstechnik)

◆ Öffentlichkeitsarbeit: Mitarbeiter, Krankenhausträger, vor allem Patienten müssen gewonnen werden, um aus der Konsumentenhaltung hervorgehoben zu werden.

Historie: Integrierte Medizin ist nicht „neu“:

Kos und Knidos: Am Patienten orientierte versus am Symptom orientierte Medizin

Hippokrates, Galen, Paracelsus, Carl Gustav Carus, Ludwig Krehl

Möglichkeiten:

◆ Das breiteste Spektrum der Interventionsangebote in allen Stadien des psychosomatischen Krankheitsverlaufs (siehe Versorgungskette)

◆ Auch psychosomatische Randgruppen, für die wenige oder keine Alternativangebote vorhanden sind, werden erreicht:

– Patienten mit schweren funktionellen und psychosomatischen Störungen und Krankheiten, die auf Grund ihres Alters, ihrer Sprache, ihrer sozialen Desintegration oder auch auf Grund ihrer Abwehrstruktur kein alternative psychotherapeutisches Angebot erhalten oder psychotherapeutisch primär nicht erreichbar sind

– Patienten, bei denen der therapeutische Erfolg durch eine schwer gestörte Krankheitsverarbeitung behindert wird (somatopsychische Störung), zum Beispiel Insult bei narzißtischer Persönlichkeitsstörung

– Patienten mit chronischen körperlichen Leiden, bei denen psychosoziale Faktoren somatische Einflussnahme behindern bzw. vereiteln (Noncompliance), zum Beispiel Diabetes mellitus

– Patienten mit akuten psychosozialen Krisen mit körperlichen Folgen, zum Beispiel Suizidversuch

– Patienten mit artifiziellen Erkrankungen

– Suchtkranke mit körperlichen Schädigungen bzw. verdecktem Abhängigkeitsverhalten, z. B. Borderline

◆ Psychosomatische Störungen bereits in sehr frühem Stadium erreichbar (versus Psychiatrie)

Gegenüber dem Konsiliarsystem effektivere Diagnostik: kontinuierliches Erleben des Patienten in der Interaktion

◆ Erleichterter therapeutischer Zugang: Der Patient kann dort „abgeholt“ werden, wo er ist

◆ Natürliche Methodenvielfalt durch breites Krankheitsspektrum und „Durchmischung“ somatischer Technik und Psychotherapie ermöglicht psychosomatische Therapie auch bei therapiebedürftigen somatischen Störungen (zum Beispiel kein Mindestgewicht bei Essstörungen)

◆ Direktere Kooperation mit Vor- und Nachbehandlern (siehe Versorgungskette)

◆ Breitere Ausbildung von Assistenten und Studenten

Kostenersparnis (Arzneimittelbudget, medizinischer Bedarf, langfristig Einsparungen durch Frühdiagnostik und Vermeidung unnötiger somatischer Untersuchungen)

Grenzen:

- ◆ Zeitknappheit durch Doppelbelastung: Niemals genügend Zeit für die erforderliche Kommunikation; kurze Verweildauer lässt Klärung der Psychodynamik oft nur bruchstückhaft zu; Gefahr der Spaltungstendenzen seitens der Patienten;
- ◆ Kompetenz: nirgends so kompetent wie der „wirkliche Spezialist“: Die Indikation zum Herzklappenersatz kann niemals so überzeugt und sicher gestellt werden wie beim kardiologischen Kollegen; die aktuellste Chemotherapie in einem bestimmten Stadium eines bestimmten Lymphoms ist nicht so parat wie beim Onkologen; die unbewussten Sexualängste hinter einem anhaltenden Singultus werden nicht ebenso rasch und souverän erkannt wie vom Psychoanalytiker.

Ergo: ➤ Man muss sich oft damit abfinden, mit halbfertigen Dingen zufrieden zu sein:

- Oft muss die differenzierte Abklärung eines speziellen körperlichen Leidens durch den Fachkollegen, den Spezialisten, erfolgen. Der Patient muss verlegt werden und gerät damit aus den Augen. Die von Arzt und Patient geschaffene „gemeinsame Wirklichkeit“ geht verloren.
- Der psychosomatische Zusammenhang kann im Zuge des notwendigerweise kurzfristigen Aufenthaltes in der Akutklinik oft nur erahnt werden. Seine weitere Aufklärung wird weitergereicht an die psychotherapeutische Spezialklinik oder an den niedergelassenen Therapeuten oder auch an den Hausarzt.
- Beispiele für Kompetenzprobleme im Team: Ärzte, Pflegepersonal, Diät-Beratung
- ◆ Überfordert integrierte Medizin den Arzt? Es gibt nicht wenige Ärzte, die mit der guten Absicht der Integration begonnen haben, um sich mit der Zeit entweder auf die Psychotherapie oder die Körpermedizin zurückzuziehen.
- ◆ „Integrierte Medizin und Familienleben eines Assistenzarztes nicht vereinbar“ – (Aussage eines Mitarbeiters)
- ◆ DRG-System
- Überforderung der Patienten: Die Patienten sind im allgemeinen zufrieden (besonders Patienten mit Somatisierungsstörung, bei denen ein Zugang gelingt)
- Integrierte Medizin ist eine emanzipatorische Medizin: sie zielt auf die Selbstverantwortung des Patienten zur Erhaltung bzw. Wiedergewinnung seiner Gesundheit, zielt auf die Emanzipation von der Neurose.
- Entsprechend ist die Haltung integrierter Medizin
 - weniger versorgend, als ermunternd
 - weniger involviert, als distanziert
 - weniger bereit, durch einen Eingriff von außen den Gesundheitszustand zu verändern, als die Krankheit als ein Teil der Individualität zu verstehen, diese zu akzeptieren und dafür die richtige Haltung zu finden.

Jedoch:

Der leidende Patient möchte, dass jemand für ihn da ist, ihn „versorgt“; er möchte einen Arzt, der mit aller Kraft um sein Leben und seine Gesundheit kämpft, sich heroisch dafür einsetzt, wo der Patient oft sich nicht mehr in der Lage sieht, für die eigene Gesundheit einzutreten und hierfür zu kämpfen (nicht nur bei vitaler Bedrohung: auch bei Bagatell-Erkrankungen). Integrierte Medizin passt somit nicht eine Zeit grenzenloser Konsumhaltung, – oft genug verbunden mit grenzenloser Verantwortungslosigkeit (Hedonismus).

Resümee:

Konsequent und flächendeckend durchgeführt, könnte integrierte Medizin vermutlich dazu beitragen, nicht nur die Menschen gesünder leben zu lassen, sondern auch im Sozialbudget eine ungeheure Menge Geld zu sparen. Dass es nicht dazu kommen wird, liegt an der Abneigung des Menschen, in letzter Konsequenz Verantwortung für sich zu übernehmen, und seiner Neigung, stattdessen seine Organe zur Pflege und Reparatur dem Spezialisten zu übergeben, der da sagt: „Wir machen das schon.“

* * * * *

ORGANISATIONSTRUKTUREN INTEGRIERTER MEDIZIN IM AKUTKRANKENHAUS

Von ROLF H. ADLER, Bern

Organisieren und Handeln sind theorieabhängig. Um eine Organisationsstruktur aufzubauen, muss vorgängig die Theorie klar sein, auf die sich eine Spitalabteilung stützen will. Das biomedizinische Modell (vgl. z.B. Foss and Rothenberg, The Second Medical Revolution ...) erlaubt nur zwei Formen einer Organisationsstruktur:

- a) den psychiatrischen Konsiliardienst mit den Nachteilen: nur ausgewählte Patienten werden gesehen, der Lerneffekt aufs Staff ist gering, ebenso der Einfluss auf das Schicksal der Patienten;
- b) den Liaisondienst, bei dem ein wenn möglich integrativ geschulter Arzt das Team begleitet, wobei es immer noch ein additives Konzept ist, denn der Liaison-Arzt nimmt die Dateien nicht selber auf, aus Zeitproblemen ist der Kontakt zum Somatiker gering, es gibt Kompetenzstreit, der Liaison-Arzt ist in der Abteilung das fünfte Rad am Wagen.

Einem echt integrativen Modell, dem biopsychosozialen, muss eine entsprechende Theorie zu Grunde liegen, die am besten den Uexküll'schen Situationskreis und die Systemtheorie enthält. Organisatorisch erhebt die den Patienten in Empfang nehmende Schwester die Pflegeanamnese, der Arzt das biopsychosoziale Interview, die Ergo- und Physiotherapie die entsprechenden Ausschnitte aus der für diese Gebiete wichtigen Anamnese. Dann folgt die kleine gemeinsame Besprechung mit Austausch zwischen den Teammitgliedern. Daraus ergibt sich der Beschluss zur Abklärung und Behandlung, dann erfolgt die Therapie und gegen den Austritt hin die große gemeinsame Besprechung mit Teilnahme der wichtigen Familienmitglieder, um die biopsychosoziale Betreuung nach dem Spitalaustritt zu klären. Die Schwierigkeiten im integrativen Konzept sind charakterisiert durch die folgenden Gegensatzpaare: triviale vs. nicht triviale Maschine, geschlossenes vs. offenes System, kognitives Überdenken vs. Empathie, harte Daten vs. weiche Daten, objektiv vs. subjektiv, Detail vs. Gestalt, Vehikel vs. Bedeutung, kognitives Meistern vs. Gegenübertragung.

* * * * *

Vorträge II: Therapiestandards Integrierter Medizin im Akutkrankenhaus

SOMATISCHE THERAPIE, PSYCHOTHERAPIE, THERAPEUTISCHES SETTING

Von JOACHIM RÖHM, Stuttgart

Das Konzept einer integrierten Medizin im Akutkrankenhaus wurde anhand des in der Medizinischen Klinik 2 am Bürgerhospital realisierten Stuttgarter Modells vorgestellt.

Das Konzept beruht auf 4 einfachen Prinzipien:

1. Fundament der integrierten Medizin ist ein biopsychosoziales Krankheits- und Gesundheitsverständnis.
2. Grundpfeiler sind eine naturwissenschaftlich fundierte Medizin auf der einen und eine psychosoziale Medizin auf der anderen Seite.
3. Psychosoziale und somatische Diagnostik und Therapie werden zeitgleich und gleichwertig durchgeführt.
4. Die Arbeit und Reflektion in einem multiprofessionellen Team ist erforderlich.

Nach Vorstellung der Klinikstruktur, die räumlich, apparativ und personell weitgehend dem einer konventionellen internistischen Klinik entspricht, wurde der Unterschied zu konventionellen internistischen Kliniken anhand der einzelnen Prinzipien verdeutlicht.

Das biopsychosoziale Krankheitsverständnis führt zu einer veränderten Haltung, mit der die Behandler den Patienten begegnen. Eine für psychosoziale Aspekte offene Wahrnehmung wird in der Klinik durchgängig realisiert und spiegelt sich in jeder Begegnung mit dem Patienten wider, von der Aufnahmesituation über die Patienten-zentrierte Visite bis hin zum Entlassungsgespräch. Es erfordert bereits einige psychotherapeutische Techniken, wie Gesprächsführung, Wahrnehmung von Übertragung und Gegenübertragungsphänomenen.

Die zeitgleiche somatische und psychosoziale Diagnostik und Therapie wurde an Kasuistiken konkretisiert. Es wurde auf das parallel zur somatischen Diagnostik niederschwellige psychotherapeutische Angebot hingewiesen, die es dem Patienten ermöglicht, aufgrund der ihm vermittelten Gleichwertigkeit von psychosozialen und somatischen Faktoren, sich auf die psychosoziale Betrachtung seiner Beschwerden einzulassen und damit den ersten Schritt einer psychotherapeutischen Behandlung einzuleiten. Das Spektrum der psychotherapeutischen Angebote der Klinik reicht vom Einzelgespräch durch den behandelnden Arzt bis zu vorhandenen Spezialtherapien, wie Musik- und Kunsttherapie.

Die Bedeutung *einer fundierten somatischen* Therapie wurde anhand einer 50-jährigen Patientin, die mit Verdacht auf eine Somatisierungsstörung nach internistischer Vordiagnostik eingewiesen wurde, und bei der sich letztlich ein metastasierendes gynäkologisches Carcinom manifestierte, exemplarisch dargestellt. Zur Bedeutung des multi-

professionellen Teams wurde auf Zahlen von Schmeling-Kludas (Hamburg) und Wedler hingewiesen, nach deren Angaben das Verhalten der Patienten auf Station zu 66 % Anlass für eine psychosomatisch-psychosoziale Intervention war. Die Bedeutung des Pflorgeteams, das die Patienten im wahrsten Sinne des Wortes hautnah auf Station erlebt, kann nicht hoch genug eingeschätzt werden, zumal die Station als Bühne für die Reinszenierung früherer unbewusster Konflikte dient. Das vorgestellte Stuttgarter Modell der integrierten Versorgung im Akutkrankenhaus bietet neben den patientenseitigen Vorteilen einer frühzeitigen Differentialdiagnostik, Weichenstellung und Therapieeinleitung vermutlich Vorteile bezüglich der Krankheitskosten, weil Fehldiagnosen, diagnostische und therapeutische Irrwege vermieden werden und ist im Prinzip auf jedes internistische Akutkrankenhaus übertragbar.

* * * * *

WAS ERWARTET DER NIEDERGELASSENE ARZT VON INTEGRIERTER MEDIZIN IM KRANKENHAUS?

Von GISELA DAHL, Präsidentin der Ärzteschaft Stuttgart

Das Verhältnis zum Patienten ist beim niedergelassenen Arzt, vor allem beim Hausarzt, geprägt durch eine Begleitung über einen langen Zeitraum. Eine langjährige Behandlung schafft ein intensives Verhältnis zwischen Patienten und Arzt. Dieses Verhältnis kann positiv, geprägt durch gegenseitiges Vertrauen gewachsen sein, es findet sich aber ebenso ein „Kampfverhältnis“, eine Form der negativen Kommunikation, bedingt durch die innere Einstellung zur Krankheit und daraus resultierende Bewältigungsstrategien des einzelnen Menschen. Ebenso findet sich oft ein „unausgesprochener Konsens“, eine Verständigung ohne Worte, wenn die Situation „unaussprechlich“ schwierig und belastend ist.

Insgesamt ist das Arzt-Patientenverhältnis aber geprägt von einer Art familiärer Bindung, über die Zeit hinweg kennt man gegenseitig die Schwächen und Empfindlichkeiten und respektiert die Persönlichkeit. Der Arzt empfindet eine gewisse Form von Verpflichtung, „seinen“ Patienten wie ein entferntes Familienmitglied zu umsorgen.

Nun muß der Hausarzt dieses Mitglied einmal abgeben in „fremde Hände“. Dies geschieht entweder durch einen Notfall oder auch krankheitsbedingt, sei es zu einer weiterführenden Diagnostik, zu einer notwendigen Intensivbehandlung oder zu einem Eingriff.

Manchmal gibt der Arzt seinen Patienten auch ab, weil ihm vorübergehend „die Luft ausgeht“, was bei psychosomatisch Erkrankten ja vorkommen kann. Dann wünscht er sich die Bestätigung, daß auch andere sich an diesem Patienten die Zähne ausbeissen, also daß der Patient schwierig ist und nicht der Arzt unfähig.

Hier entstehen bei dem Arzt bewußt oder unbewußt Sorgen und Ängste. Wird „sein“ Patient wohl die „richtige“ Behandlung erfahren? Wird der Klinikarzt den richtigen Weg der Kommunikation finden, wird er die Ängstlichkeit des Patienten erkennen und ihn richtig anfassen, ihn mit Diagnosen entsprechend konfrontieren, ihn nicht überfordern? Wird der Klinikarzt aber auch das Vertrauen des Patienten zu seinem Hausarzt nicht erschüttern, ihn nicht mit vermeintlichen (oder tatsächlichen!) Fehlern des Hausarztes abrupt konfrontieren, ohne daß der Hausarzt sich rechtfertigen könnte? Oder vielleicht auch Dinge ansprechen, die der Hausarzt bewußt nicht angesprochen hatte, aus vielerlei Gründen. Ebenso kann es die Befürchtung geben, der Patient könne seinen Arzt „schlecht“ machen und ihn in Kollegenkreisen blamieren, da eine unerfreuliche Diskussion vorausgegangen war.

Hier finden sich viele Ängste der Hausärzte, die eigene (vermutete oder befürchtete) Unzulänglichkeit könne roh aufgedeckt werden und seine Position könne durch Mißtrauen beim Patienten nun deutlich schwieriger werden.

Aus diesen Sorgen und Ängsten heraus entstehen die Erwartungen und Wünsche des Hausarztes an die integrativ arbeitende Klinik.

Als wichtigster Wunsch erscheint die Kooperation mit dem Hausarzt während der stationären Zeit des Patienten.

Diese Kooperation sollte durch Rücksprache mit dem Hausarzt laufen, insbesondere bei Auffälligkeiten und ungeklärten Situationen, die psychosomatische Ursachen vermuten lassen. Vor weitergehenden Eingriffen, vor grundsätzlicher Umstellung der Therapierichtung, und vor Eröffnung schwerwiegender neuer Diagnosen, ist eine gemeinsame Beratung aus Sicht des Hausarztes unbedingt wünschenswert. Ebenso sollte vor der Entlassung bei grundsätzlich neuen Aspekten eine Kontaktaufnahme von Seiten der Klinik erfolgen.

Nichts ist für den Hausarzt schwieriger als die Situation, wenn (möglichst noch durch Angehörige) eine Verordnung von völlig neuen Medikamenten verlangt wird, deren Notwendigkeit und Bedeutung ihm nicht bekannt sind.

Hier sollte auch zum Wohle des Patienten, ein kollegiales Miteinander die Integrative Arbeit fördern.

* * * * *

PFLEGESTANDARDS

Von F. LUDWIG-BECKER, Aachen

Der Bedarf an stationärer psychosomatischer Behandlung wird durch die Zahlen aus der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin im Universitätsklinikum Aachen verdeutlicht:

– Fallzahlen:	1992: 70,5 Patientenfälle	1999: 122 Patientenfälle
– Durchschnittliche Verweildauer:	1992: 56,47 Pflageetage	1999: 44,81 Pflageetage
– Prozentuale Bettenauslastung:	1992: 77,69%	1999: 93,61%

Das Pflegepersonal begleitet die Patienten zusätzlich zum normalen Pflegedienst auf der Beziehungsebene, dabei geht es also auch um ein Sich-einlassen auf den Patienten, aber auch um ein Sich-distanzieren-können. Im Pflegeauftrag spielt die 24-stündige Verbindung zwischen Pflegepersonal und Patienten und die dadurch konstante Erreichbarkeit eine tragende Rolle.

Durch die langjährige Erfahrung mit den Aufgaben des Pflegepersonals, das auf einer psychosomatischen Station neben der Körperpflege auch sprechende und Beziehungspflege durchführt, ergab sich die Notwendigkeit, die sich mehr und mehr abzeichnenden fachspezifischen Pflegeinhalte zu benennen. Dabei ist es wichtig, in der Beschreibung der Pflegestandards, die in der Regel kaum zu registrierenden, sich überlappenden manuellen und interpsychischen Pflegeeinheiten zu analysieren, zu differenzieren und nach ihren psychodynamischen Inhalten zu spezifizieren.

Inhalte der Pflegestandards am Patienten:

– Körperpflege – Beziehungspflege – sprechende Pflege

Klinische Bedeutung:

Bewusstmachen inter/intrapsychischer Prozesse:

Supervision		Balintgruppe
	Verhilft zu	
Interaktioneller Pflege		konfliktorientierter Pflege

Praktische Anwendung:

Um die psychosomatischen Pflegeeinheiten mit dem Pflegepersonal auf die bewusste Ebene anzuheben und um neue Pflegestrategien für jeden individuellen Patienten entwickeln zu können, wird die Aufnahme von Supervision und Balintgruppen in die Routineaufgaben von psychosomatischem Pflegepersonal zur unbedingten Notwendigkeit.

Beide psychodynamischen Lerneinheiten sollen Bestandteil der pflegerischen Arbeitszeit sein und als Bestandteil der Pflegestandards gelten. Dies verhindert eine Demotivation, wie sie leicht entsteht wenn diese Fortbildung selbst finanziert werden muss und in der Freizeit stattfindet. Die ersten Supervisionsstunden dienen dazu, die Anfangsneugier des einzelnen Teilnehmers in kontinuierliches Interesse umzuwandeln.

Seit Bestehen der Aachener Klinik sind die Supervisionskosten im Fachbereichspflegesatz Psychosomatik berücksichtigt. Die Berücksichtigung der Finanzierung von regelmäßigen Balintgruppen durch einen externen Balintgruppenleiter soll Gegenstand zukünftiger Pflegesatzverhandlungen sein.

Auswirkungen der Anwendung von Pflegestandards:

Learning by doing bewirkt:

- Die innere Haltung der Krankenschwestern und -pfleger verändert sich hin zu mehr Identifikation mit dem oft diffus erscheinenden Fach Psychosomatik
- Sie lernen zu wissen, was sie tun, wenn sie ihren Pflegedienst tätigen
- Dies stärkt das Selbstbewusstsein gegenüber Pflegekräften von Nachbarstationen die oft behaupten „Ihr tut ja nichts“ oder „was ihr tut können wir auch“

Klinische Bedeutung für Therapiestandards integrierter Medizin im Akutkrankenhaus:

Folgende Krankheitsbilder unterstreichen beispielhaft die Notwendigkeit, psychosomatische Pflegestandards zu entwickeln:

1. Somatopsychische Krankheiten:

Beispiele: Herzinfarkt, Krebserkrankung.

Grundlagen des zu beschreibenden Pflegestandards:

Körperpflege und Coping-Mechanismen

Die Anwendung der Pflegestandards beinhaltet die genaue Ausführung der Pflegeeinheiten wie z.B. Blutdruck messen. Neben dem „reinen“ Messen achtet das Pflegepersonal auf den psychischen Zustand des Patienten. Es notiert ob der Patient angespannt, nervös, ängstlich ist oder ob er von der Sportgruppe kommt. Weiter wird notiert ob der Patient das Messen von sich aus wünschte oder forderte und wenn ja warum, oder ob es angeordnet war. Als weiteres ist darauf zu achten, den Patienten evtl. zu beruhigen. Diese Pflegeeinheiten werden in der Inneren Medizin intuitiv gemacht. Es geht in der Festschreibung in den psychosomatischen Pflegestandards darum, die interpsychische Beziehungsebene und den damit verbundenen hohen pflegerischen Zeitaufwand, in dem nach außen hin „nichts passiert“, zu verdeutlichen.

2. Psychosomatische Krankheiten:

Beispiele: Anorexia nervosa, funktionelle Oberbauchbeschwerden.

Grundlagen des Pflegestandards:

Psychodynamik und symptomorientierte Körperpflege

Mit den Methoden der Supervision und der Balintgruppe als eigenständige Pflegestandards wird die Voraussetzung geschaffen für den bewussten Umgang mit den Patienten einer psychosomatischen Station. Die Motivation, den Patienten verstehen zu wollen, ist die Voraussetzung für das Bewusstmachen inter/intrapsychischer Prozesse. Es verliert sich so z.B. der Ärger über einen schwierigen unbequemen Patienten hin zum Verständnis seiner intrapsychischen Problematik. Der Umgang mit diesem Patienten ist nicht mehr von unbewusster Gegenübertragung geprägt, sondern das Pflegepersonal kann ihm mit der erlernten emotionalen Distanz begegnen

Die psychosomatische Pflege ist eine simultane Pflege: Während der Körperpflege findet die sprechende und die Beziehungspflege statt. Es handelt sich um angewandte Psychodynamik, von Schwestern und Pflegern bewusst eingesetzt.

Konsequenz aus der Entwicklung psychosomatischer Pflegestandards:

- Pflegefachkraft Psychosomatik (analog zur Pflegefachkraft Intensivmedizin, Psychiatrie)
- Weitere Differenzierung des entsprechenden Curriculums psychosomatischer Fachpflege mit Theorie, Selbsterfahrung, Förderung der Reflexionsfähigkeit und praktischer Umsetzung

* * * * *

SUPPLEMENTÄRE THERAPIEN IM AKUTKRANKENHAUS

Von JANA JÜNGER, Heidelberg

Der Vortrag befasste sich mit dem Thema supplementäre Therapien, wobei erst einmal eine Begriffsklärung erforderlich ist. Was versteht man unter supplementären Therapien überhaupt? Schließlich ergibt eine Anfrage bei Suchmaschinen im Internet zu diesem Thema hunderte von Treffern von Bioenergetik, Reithherapie bis hin zum kostenlosen täglichen Motivationszitat. Wir verstehen unter supplementären Therapien (wobei wir uns einig waren, dass wir noch einen besseren Begriff finden sollten) die Therapien, die wie Musiktherapie, Kunsttherapie, Entspannungstherapie und Sozialarbeit zusätzlich zur Arbeit von Pflege und Ärzten in die Stationsarbeit integriert werden. Die Zielsetzungen dieser Therapien im Akutkrankenhaus sind teilweise von denen auf psychosomatisch-psychotherapeutischen Stationen verschieden, da oft wegen der hohen Fluktuation der Patienten und des vollen Stations-

ablaufes die Therapien in Umfang und Intensität angepasst werden müssen. Dennoch sind diese geeignet, die Krankheitsverarbeitung und die Compliance der Patienten zu verbessern, eine sekundäre Somatisierung zu verhindern und die Lebensqualität zu erhöhen. Sie haben somit oft einen den Patienten stützenden und begleitenden Charakter. Anhand dreier Patientenbeispiele, eines Patienten mit einer Mischkollagenose und Herzinsuffizienz, einer Patientin mit einer Essstörung und eines Patienten mit schwerem Diabetes und dessen multiplen Spätfolgen (Sehverlust, Gangrän mit Amputation) in einer äußerst schwierigen Familienkonstellation wurde vorgestellt, was z.B. eine körperorientierte Therapie wie Feldenkrais, eine Kunsttherapie und integrierte Familienmedizin und Sozialarbeit bei diesen Patienten leisten können. Insgesamt zeigte sich, dass supplementäre Therapien beziehungs-gestaltend und ressourcenfördernd wirken. Sie bauen Brücken zur subjektiven Wirklichkeit des Patienten und seiner Familie und fördern die Arzt-Patient-Team-Beziehung. Bisher basieren diese Therapien sehr auf individuellen Team- und Mitarbeiterkonzepten, statt auf allgemeinen Standards. Damit besteht die Möglichkeit, aufbauend auf den Neigungen und Fähigkeiten der Mitarbeiter, mit Improvisation und Kreativität neue Behandlungskonzepte für die Zukunft zu entwickeln.

ZUR ENTSTEHUNG UND ENTWICKLUNG EINER INTEGRIERTEN KRANKENHAUSABTEILUNG

Von R. NIEMANN, Gütersloh

Dargestellt werden die historische Entwicklung und die strukturellen Schwierigkeiten einer internistischen Abteilung, in der seit 2 Jahren ein integrativ orientierter psychosomatischer Arbeitsansatz umgesetzt wird. Die mit der Einführung des psychosomatischen Arbeitsansatzes verbundenen organisatorischen Veränderungen und ihre dynamischen Folgen werden skizziert.

Die Abteilung für Innere Medizin und Psychosomatik, über die berichtet wird, ist Teil der Westfälischen Klinik Gütersloh mit zwei psychiatrischen Abteilungen, einer geronto-psychiatrischen Abteilung, einer Abteilung für Suchtmedizin und einer neurologischen Abteilung. Die 1974 gegründete Abteilung übernahm von Beginn an Versorgungsfunktionen im Bereich der Inneren Medizin für andere psychiatrische Kliniken des Trägers und der Region. Die Abteilung verfügt über 60 Betten einschließlich einer Intensivstation. Mitte der 80er Jahre wurde die Abteilung um einen psychosomatischen Schwerpunkt erweitert, der inhaltlich im wesentlichen von einer Psychologin getragen wurde. In dieser Konstruktion waren internistische und psychotherapeutisch-psychosomatische Aufgaben strikt getrennt und auf unterschiedliche Berufsgruppen verteilt. Psychotherapeutisch-psychosomatische Aspekte hatten keinen Einfluss auf die Klinik- und Stationsorganisation und blieben ein Anhängsel der Abteilung. Aufgrund der Entscheidung des Trägers wird der psychosomatische Schwerpunkt dieser Abteilung seit 1998 weiter ausgebaut; der Versorgungsanspruch des Kreises Gütersloh soll im Hinblick auf die psychotherapeutische Medizin durch diese Abteilung abgedeckt werden.

In einem ersten Schritt erfolgte die Implementierung des psychosomatischen Arbeitsansatzes in der Weise, dass auf einer bisher internistisch organisierten Station psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungsangebote zunächst für einen Teil der Patienten eingeführt wurden. Die Installierung einer psychosomatischen Einheit machte Veränderungen der Organisation der Gesamtabteilung und der Station erforderlich: Die Zuweisung der Patienten auf die Stationen musste neu strukturiert werden; psychotherapeutische Angebote und ein psychotherapeutisch arbeitendes Team mussten geschaffen werden. Räumliche und zeitliche Strukturen für die therapeutischen Gespräche der Ärzte, für die Kreativtherapien, die Schwesterngespräche und die Teambesprechungen mußten bereitgestellt werden. Über die Bedeutung der Teamarbeit war ebenso Einigkeit herzustellen wie über die ärztlichen und pflegerischen Zuständigkeiten.

Die strukturell-organisatorischen Veränderungen führten zu einer Reihe gruppenspezifischer Prozesse: Die Einführung der tiefenpsychologischen Gruppentherapie machte Konflikte auf der Station öffentlich. Es resultierte eine vorübergehende Spaltung des Stationsteams mit entsprechenden Rückwirkungen auf therapeutische Prozesse. Die Einführung einer psychosomatischen Pflege führte zu einer zusätzlichen Spaltung im Bereich der pflegerischen Mitarbeiterinnen. Entwertungen sowohl der psychosomatisch als auch der primär internistisch tätigen Schwestern waren die Folge. Die Einführung multiprofessioneller Teambesprechungen veränderte die bisherigen hierarchischen Strukturen innerhalb und zwischen den Professionen. Die geschilderten gruppenspezifischen Entwicklungen und ihre Auswirkung auf einzelne Mitarbeiter machen den Widerstand gegen die Einführung der Psychosomatik verständlich, der sich in Konflikten um räumliche, zeitliche und organisatorische Strukturen manifestierte.

Trotz der Konflikte und Widerstände ließ sich der psychosomatische Arbeitsansatz aufbauen und erweitern. Die überwiegende Zahl der jetzt behandelten Patienten hat Symptome und Beschwerden sowohl im psychischen als

auch im somatischen Bereich; häufig liegen schwere internistische und psychosomatische Krankheitsbilder gleichzeitig vor. Die Zunahme der Patienten, die entsprechende Behandlungsangebote nachsuchten, und die Änderung der Mitarbeiterstruktur machten ein differentielles Psychotherapieangebot möglich. Die Psychotherapieangebote sind niedrighschwellig abgestuft und differenzieren sich nach Störungsgrad, Krankheit und Motivation des Patienten. Die sowohl internistische als auch psychodiagnostische Abklärung erlaubt die differential-diagnostische Klärung auch schwerer körperlicher Symptome hinsichtlich der Psychogenese.

Über neu geschaffene Besprechungsstrukturen konnten in einem weiteren Schritt psychosomatische Aspekte auch in die Organisation und Behandlungsweisen der primär internistisch arbeitenden Bereiche der Abteilung wie z.B. der Intensivstation einfließen.

(Dr. med. Dr. phil. R. Niemann, Chefarzt, Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse Westf. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie, Postfach 3352, 33326 Gütersloh, Tel.: 05241/ 502-318, Fax: -134)

* * * * *

Berichte aus den Arbeitsgruppen

BERICHT AUS DER ARBEITSGRUPPE ENTWICKLUNGSTENDENZEN

Von PHILIPP HERZOG, Hamburg

E. Kammerer (Ulm): Das Ulmer Pyramiden-Modell

Ausführliche Darstellung der Ulmer Abteilung und ihrer Arbeitsweise in der Rubrik „*Institutionen stellen sich vor*“

H. Wedler (Stuttgart): Psychosomatische Versorgungskette in einer Großstadt

Beschrieben wurde die Versorgungskette in einer Großstadt in der Vernetzung von Hausarzt – Facharzt – Akutklinik – Spezialabteilung – Reha-Klinik

Anhand eines komplexen Schaubildes wurde die Vernetzung von unterschiedlichen Interventionsformen mit den unterschiedlichen Behandlungseinrichtungen eindrucksvoll verdeutlicht.

Interventionsformen:

- Akutintervention
- Krisenintervention
- Erstdiagnostik
- Psychosomatische Grundversorgung
- Differentialdiagnostik
- Therapeutische Weichenstellung
- Psychotherapie
- Psychopharmakotherapie
- Supportive Therapie
- Rehabilitation
- Soziale Re-Integration

Behandlungseinrichtungen:

ambulant:

- Hausarzt
- Facharzt
- Facharzt für PT-Medizin
- Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie
- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Psychotherapeuten
psychologische/ärztliche
- Psychosoziale Betreuung und Beratung
- Selbsthilfeeinrichtungen

stationär:

- integrierte Abteilungen
- Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin
- Reha-Abteilungen
- Klinik für Psychiatrie / Psychotherapie

Das Schaubild war auch Bestandteil der Posterausstellung und kann bei Interesse bei Herrn Wedler nachgefragt werden.

Diskussionspunkte:

- Wie fühlt sich der Patient auf diesem Weg durch die Versorgungsinstitutionen?
- Wie kann so etwas gesteuert werden?

- Würde sich dieser Weg ändern, wenn es mehr integriert arbeitenden, niedergelassene Haus- und Fachärzte gäbe?
- De facto entscheidet der Patient selbst, welchen Weg er einschlägt
- Wie ist die Rolle des Hausarztes in der Lotsenfunktion durch die Institutionen?
- Massive Tendenz der Kassen, sich in diese Lotsenfunktion einzuschalten
- Forderung einer „Vernetzungskompetenz“ von niedergelassenen Haus- und Fachärzten, die bisher in der Fortbildung Psychosomatische Grundversorgung vernachlässigt wurde

* * * * *

W.Geigges, Glottertal: Der Beitrag der AIM für eine Integrierte Medizin

Ziel der Akademie für Integrierte Medizin ist nach wie vor die Überwindung des Dualismus in der Medizin durch Integration statt Addition.

In der AIM sind zwei Grundströmungen zu unterscheiden:

1. Auf der theoretische Ebene das Modell einer Integrierten Medizin Thure v. Uexkülls
2. Die praktische Umsetzung dieses Modells auf den verschiedenen Praxisfeldern.
 „Die Medizin in der Praxis ist nur deshalb so effektiv, weil sie dem Modell nicht folgt, das sie offiziell vertritt“ (Th. v. Uexküll)
 Wenn man beobachtet, wie diese Praxis aussieht, so ist ein bemerkenswertes Phänomen, dass in der praktischen Arbeit intuitive Entscheidungen gefällt werden, mit dem einen Patienten bei demselben Problem dies und mit dem anderen etwas anderes zu tun, ohne sagen zu können, was genau diese Entscheidung bewirkt. In diesem Zusammenhang scheint das von Piaget beschriebene „kognitive Unbewusste“ eine Rolle zu spielen

Mögliche Entwicklungstendenzen in der AIM lassen sich wie folgt beschreiben:

- Die AIM als „Denkwerkstatt“ mit dem Ziel der Theoriebildung
- Die AIM als Heimat für Praxismodelle in unterschiedlichen Kontexten. Diese Entwicklung könnte in Lehrpraxen und Lehrkliniken für integrierte Medizin fortgedacht werden
- Die Rolle der AIM in der Entwicklung von Versorgungsketten (ambulante und stationäre Netzwerkstrukturen) auf der Basis des theoretischen Modells der AIM
- Forschung in Integrierter Medizin
- Gesundheitspolitische Arbeit

* * * * *

BERICHT AUS DER ARBEITSGRUPPE „FORSCHUNG IN DER INTEGRIERTEN MEDIZIN“

Von **CHRISTOPH SCHMELING-KLUDAS** und **BERND HONTSCHIK**

Die Arbeitsgruppe wurde von B. Hontschik und C. Schmeling-Kludas moderiert. Es nahmen bis zu 25 AIM-Mitglieder und Gäste teil.

In der Einführung berichtete **C. Schmeling-Kludas** über das Selbstverständnis der Forschungsgruppe, so wie es auf dem Hamburger Lehrkörpertreffen erarbeitet worden war: Die Forschungsgruppe versteht sich als offenes Forum für die Auseinandersetzung mit Forschungsfragen, auf dem die Wissenschaftlichkeiten unterschiedlicher Forschungsprojekte reflektiert werden kann. Dabei geht es wissenschaftstheoretisch um eine Integration der galiläischen und der Indizienwissenschaften, in der Versorgung um die Überwindung des Dualismus einer „Medizin für körperlose Seelen und einer Medizin für seelenlose Körper“.

Danach wurden 4 Projekte vorgestellt und diskutiert.

1. **S. Häfner** und **R. Schäfert (Stuttgart)** berichteten über den Vergleich einer integrierten psychosomatischen Versorgung mit der herkömmlichen Behandlung in einem internistischen Akutkrankenhaus. Verglichen wird der integrierte psychosomatische Behandlungsansatz in der Medizinischen Klinik II des Bürgerhospitals (Prof.

Wedler) mit den Versorgungsabläufen in einer weiteren Medizinischen Klinik des Bürgerhospitals. Bemerkenswerterweise wird die Studie finanziell zu ganz wesentlichen Teilen vom Bürgerhospital selbst getragen. In beiden Kliniken wird eine Zufallsstichprobe rekrutiert, innerhalb derer dann Patienten mit primär psychogenem bzw. psychosomatischem Behandlungsanlass und Patienten mit somatischem Behandlungsanlass unterschieden werden. Die Einstufung in diese beiden Gruppen erfolgt anhand der Aufnahmebefunde, aber auch anhand der Befunde, die später im weiteren Verlauf erhoben werden. Neben Anamnese und Befund werden der Beschwerde-Square (BSS) nach Schepank und die Symptom-Check-List (SCL 90) eingesetzt. Dokumentiert werden dann im Verlauf des Aufenthaltes die spezifischen psychosomatischen Angebote (insbesondere Gespräche), die die Patienten beider Gruppen und beider Abteilungen erhalten haben. Ein wichtiges Outcome-Kriterium ist der Anteil der Patienten, die nach der stationären Behandlung in eine Psychotherapie weitervermittelt werden. Erwartet wird, dass dieser Anteil in der integriert-psychosomatisch arbeitenden Abteilung deutlich höher ist als in der traditionellen internistischen Vergleichsabteilung. Erste Zwischenergebnisse wurden berichtet. Die anschließende, zum Teil kontrovers geführte Diskussion entzündete sich vor allem an der Einteilung der Patienten in solche mit psychogenen bzw. psychosomatischen und solche mit somatischen Erkrankungen, die einem integrierten Verständnisansatz widerspreche. Von den Autoren der Studie bzw. den anwesenden Mitarbeitern der Medizinischen Klinik II des Bürgerhospitals konnte dies jedoch dann als unter Forschungsaspekten vorgenommene Operationalisierung verdeutlicht werden, wohingegen in der Patientenversorgung alle Patienten nach einem integrierten Ansatz behandelt und – je nach Bedarf – zum Beispiel mit zusätzlichen Gesprächsangeboten versorgt werden.

2. Im Anschluss stellte **Martin Konitzer (Hannover)** Überlegungen zu Zeichenprozessen und Passungsvorgängen als Erklärung für den Effekt homöopathischer Behandlungen sowie zu qualitativen Forschungsansätzen an. Er berichtete über ein Fallbeispiel einer homöopathischen Behandlung eines Kleinkindes, dessen Vater sich aus der Beziehung zurückgezogen hatte. Die Gespräche zwischen Allgemeinarzt, Kind und seiner Mutter wurden transkribiert und von einer Expertengruppe (ca. 10 Teilnehmer) analysiert und diskutiert. Für diese Analyse bildete einerseits die Semiotik, andererseits die Metaphernlinguistik die Grundlage. In dem betreffenden Fall konnte herausgearbeitet werden, dass das verabreichte homöopathische Mittel in der homöopathischen Tradition männlich attribuiert ist, und dass der Arzt mit seiner Verabreichung unter psychodynamischen Gesichtspunkten eine Wiederherstellung der durch die Abwesenheit des Kindsvaters zerstörten Triade anstrebte. Insgesamt wird somit die homöopathische (Placebo-) Behandlung als Zeichenprozess mit psychodynamischem Hintergrund (um-) gedeutet.
Die Diskussion um die vorgestellte Forschungsmethodik war teilweise vermischt mit der Frage, ob Homöopathie als reine Placebobehandlung aufzufassen sei oder nicht. Aus einer integrierten Forschungsperspektive ist an dem von Konitzer vorgestellten methodischen Ansatz unseres Erachtens vor allem interessant, dass Zeichenprozesse unmittelbar zum Forschungsgegenstand gemacht und – wenn auch mit hohem Aufwand – analysiert werden können. Dieses Vorgehen könnte auf Placebobehandlungen ebenso angewandt werden wie beispielsweise auf die Herzinsuffizienztherapie mit ACE-Hemmern.
3. Thema des Vortrags von **Werner Stadlmayr (Bern)** war: Geburtserleben und Geburtsverarbeitung – theoretische Überlegungen, methodisches Vorgehen und erste Ergebnisse eines Forschungsprojektes im Kontext des Passungsmodells. Ausgangspunkt des Forschungsansatzes von Stadlmayr war die Erfahrung, dass somatische Parameter zu Beginn des Geburtsprozesses kaum eine Aussage darüber zulassen, wie dieser weiter verlaufen wird. Des weiteren läßt der somatische Geburtsverlauf selbst nur sehr begrenzt Rückschlüsse darüber zu, wie die werdenden Mütter den Geburtsvorgang erleben bzw. bewältigen. Andererseits ist deutlich, dass der somatische Geburtsvorgang und das psychische Erleben der Gebärenden vielen Wechselwirkungen unterliegen. Die diesbezüglichen Analysen umfassen einerseits somatische Parameter (Wehentätigkeit, Herzfrequenz des Kindes usw.), andererseits das subjektive Erleben der Frauen, das vor der Geburt, am Tag danach und mit einem gewissen Abstand erfragt wurde, wobei retrospektiv auch versucht wurde, das Erleben der Frauen während der verschiedenen Geburtsphasen zu erfassen. Ziel der Studie ist es unter anderem, den gebärenden Frauen „passendere“ Hilfsangebote von seiten der betreuenden Hebammen und Geburtshelfer zukommen zu lassen. In der anschließenden Diskussion ging es unter anderem um den Widerspruch zwischen dem Wunsch des Forschers nach einer verbesserten Erhebungsmethodik (z. B. Videoanalysen der Gebärenden während der Geburt) einerseits und dem Schutz einer Geburt als intimen existenziellen Vorgang andererseits.
4. Zum Abschluss berichtete **Hans Kröger (Berlin)** über die Tätigkeit des Vereins zur Förderung der psychosomatischen Forschung bei Autoimmunerkrankungen. Dem 1994 in Berlin nach zahlreichen Vorarbeiten gegründeten Verein geht es darum, Patienten mit chronischen Erkrankungen beim Umgang mit ihrer Erkrankung zu unterstützen. Insbesondere sollen sie in der Gewinnung bzw. Rückgewinnung einer größtmöglichen Autonomie gefördert werden. Bei den bisherigen Forschungsprojekten wurde versucht, immunologische Parameter mit Krankheitsverläufen bzw. dem Einfluss von psychotherapeutischen Behandlungen in Beziehung zu setzen. Insgesamt verbindet damit der Verein das Anliegen der psychosomatischen Grundlagenforschung mit konkreten Versorgungsangeboten für Patienten, die auf die körperliche Situation wie auch auf die seelische zielen. Vom

Anliegen her besteht damit eine Überschneidung zu den Vorstellungen von Forschung und Versorgung der Akademie für Integrierte Medizin. Ausmaß und Organisation einer künftigen Kooperation werden zwischen dem Verein zur Förderung der psychosomatischen Forschung bei Autoimmunerkrankungen und dem Vorstand der Akademie für Integrierte Medizin abgesprochen.

* * * * *

STICHWORTE AUS DEN BERICHTEN AUS DEN ARBEITSGRUPPEN AUF DEM ABSCHLUSSPLENUM

Zusammenfassung von P. HERZOG, Hamburg

AG „Integrierte Pflege“

Das Aufeinandertreffen von Mitgliedern verschiedener Pflgeteams aus Lübeck, Berlin, Stuttgart, Aachen bewirkte eine starke gegenseitige Anregung und motivierte zur weiteren Arbeit an diesem Thema. Es hat sich eine Arbeitsgruppe konstituiert, die für die nächste DKPM-Tagung und die Norddeutschen Psychotherapie-Tage in Lübeck erneute Zusammenkünfte vereinbart hat mit dem Ziel „Ausarbeitung von Pflegestandards“.

AG „Multiprofessionelles Team – Chancen und Probleme“

Es trafen sich 3 Teams aus Stuttgart, Berlin und Nürnberg. Es zeigten sich starke Unterschiede in der Arbeitsweise und der Teamstruktur. Schwerpunktthemen waren u.a.:

- Wie geht man damit um, wenn ein Patient ein einzelnes Teammitglied gegenüber den anderen unter Schweigepflicht stellt?
- Wie lassen sich die Arbeitszeiten im Team erträglich gestalten?

AG „Kooperation“

Es wurden unterschiedliche Liaison- und Tagesklinikmodelle aus Saarbrücken, Ulm, Stuttgart und Frankfurt/M diskutiert .

AG „Reflektierte Kasuistik“

Die Methode der RK wurde noch einmal für die Teilnehmer verdeutlicht vor dem Hintergrund der theoretischen Grundlagen: Konstruktivismus, Semiotik, Systemtheorie. Die Fallgeschichte wurde unter 3 Aspekten erörtert:

- Geschichte einer Krankheit
- Geschichte einer Person
- Geschichte einer Arzt-Patienten-Beziehung

Dabei wurde dem Passungsgeschehen besondere Aufmerksamkeit gewidmet in Bezug auf die Peirce'schen Zeichenebenen (ikonisch – indexikalisch – symbolisch). Anhand der Fallgeschichte wurde deutlich, wie wichtig es sein kann, die Passungsstörung auf der ikonischen Ebene zu verstehen, die jenseits der sprachlichen Ebene in einer frühen Phase der psychischen Entwicklung eine wesentliche Rolle spielt. Hier bestehen Berührungspunkte zum Balint'schen Konzept der „Grundstörung“ und dem, was D.N. Stern in „*Die Lebenserfahrung des Säuglings*“ als „Amodale Wahrnehmung“ beschreibt.

* * * * *

INSTITUTIONEN STELLEN SICH VOR

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

DAS INTEGRIERT INTERNISTISCH-PSYCHOSOMATISCHE MODELL AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM

Von ELLEN KAMMERER, Ulm

Entwicklungsaspekte:

Im April 1997 wurde die ehemalige eigenständige Abteilung Psychosomatik des Universitätsklinikums Ulm aufgelöst. Die wissenschaftlichen Mitarbeiter wurden der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik zugeordnet, das Pflegepersonal und die 15 Bettenstation der Inneren Medizin I (ärztlicher Leiter: Professor Dr. Guido Adler). Bis

zum Start einer geplanten psychosomatischen Tagesklinik sollte ein Modell einer internistisch-psychosomatischen Station aufgebaut werden. Das Modell lehnt sich eng an das teamkonzentrierte Konzept des Liaisondienstes an.

Die Mitarbeiterstruktur:

Die Pflegekräfte: 6 psychotherapeutisch geschulte Schwestern und ein Pfleger neben Pflegeschülern, Zivildienstleistenden und Praktikanten.

Die Internisten: 1 internistischer Oberarzt, 3–4 Ärzten in Vollzeitbeschäftigung. Die Zusammensetzung wechselt viertel- bis halbjährig.

Die psychosomatischen Mitarbeiter: Der kommissarische Leiter der Sektion Psychosomatik (1 Stelle), eine Maltherapeutin (1/2 Stelle), eine Musiktherapeutin (1/2 Stelle), eine Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin (1/2 Stelle), 1 Sozialarbeiter, der im Bedarfsfall mitarbeitet.

Die Patienten der internistisch-psychosomatischen Station:

Die Station mit 15 Planbetten fungiert als internistische Akutstation und hat täglich Aufnahmepflicht.

Ca. 80% der Patienten kommen direkt von der Aufnahmestation. Nach freier Bettenkapazität werden die Patienten im Haus verteilt. Die Indikation zur psychotherapeutischen Mitbehandlung wird nach Möglichkeit berücksichtigt. Auch Patienten aus dem Konsiliarbereich können nach einer kurzen Wartezeit übernommen werden.

Externe Kollegen und Mitarbeiter der internistischen Ambulanzen wenden sich daneben an den internistischen Oberarzt oder den kommissarischen Leiter der Sektion Psychosomatik. Dann findet ein diagnostisches Vorgespräch statt, um u.a. zu klären, ob die Einleitung einer stationären Psychotherapie sinnvoll ist. In der Regel haben diese Patienten bis zur stationären Aufnahme eine Wartezeit von ca. 3 Wochen.

Aus Kapazitätsgründen erhalten maximal ca. 30–40% der Patienten eine psychotherapeutische Diagnostik oder Therapie. Im Mittelpunkt steht der psychosomatisch erkrankte Patient. Von der psychotherapeutischen Behandlung ausgeschlossen werden akute Psychosen, schwerer Drogenabusus und akut suizidale Patienten. Folgende Diagnosegruppen ergaben sich bei der ersten Katamnesestudie (1998).

Psychische Diagnosen: Größere Diagnosegruppen waren Neurosen und somatoformen Störungen (47%), affektive Störungen (11%), Essstörungen und Verhaltensauffälligkeiten (13%) sowie Persönlichkeitsstörungen (15%).

Internistische Diagnosen: Krankheiten des Verdauungssystems (22%), des Kreislaufsystems (18%) und des Atemsystems (10%). 20% der Patienten hatten keine körperliche Diagnose.

Die Aufenthaltsdauer lag bei 14 Tagen (Median), die Therapiedauer bei 9 Tagen (Median).

Zum Prozess der Behandlungsindikation auf Station:

Die psychotherapeutische Begleitung erfolgt überwiegend parallel zur laufenden Organdiagnostik oder seltener nach deren weitgehendem Abschluss.

Pflegebereich, Internist und Psychosomatiker arbeiten kooperativ mit dem Ziel der Integration. Gelingt dem Team die Integration, kann sich der Patient damit identifizieren und es eröffnen sich ihm neue Möglichkeiten zur Lebensgestaltung („Ulmer Pyramidenmodell“).

Bei den akut eingewiesenen Patienten verläuft die Indikationsstellung zur Psychotherapie meist in einem mehrstufigen Prozess.

Orientierungskriterien sind: Das Beziehungsverhalten des Patienten in der Aufnahmesituation und auf der Station. Im Mittelpunkt steht seine Interaktion und die damit einhergehende Übertragungen und Gegenübertragungen im Kontext der stationären Situation, die Diskrepanz zwischen beklagten somatischen Beschwerden und dem körperlichem Befund.

Um bei dem Patienten die Annäherung zur Psychotherapie zu fördern, liegt in seinem Zimmer ein Informationsblatt aus, das ihn zum psychotherapeutischen Zusatzangebot informiert. Bewährt hat sich beim Erstkontakt des Patienten mit dem Psychosomatiker, dass dieser mit dem internistischen Kollegen, der die Aufnahmeuntersuchung machte, den Patienten aufsucht und sich vorstellt. Erst dann vereinbaren wir einen Gesprächstermin, der in den Räumen der Sektion Psychosomatik stattfindet.

Arbeitsstruktur und inhaltliche Konzeption:

Die Teamkonferenz: Die Internisten und psychosomatischen Mitarbeiter treffen sich 3mal pro Woche. Sporadisch nehmen die Pflegekräfte teil. Die wesentlichen organdiagnostischen und psychodiagnostischen Informationen zu den bekannten, den neuen und den zukünftigen Patienten werden ausgetauscht.

Beim stationären Patienten geht es um Mitteilungen der Entwicklung hinsichtlich von psychopathologischen und organpathologischen Befundes. Fragen zur Psychopharmakotherapie und patientenbezogene Absprachen und Klärungen bezüglich der Behandlung im multiprofessionellen Team werden erörtert. Die Konferenz dient

der gemeinsamen Fort- und Weiterbildung, dem kollegialen Austausch und der Besprechung und Lösung aktuell anstehender Probleme im Umkreis des Patienten.

Die Stationskonferenz: Sie findet einmal wöchentlich statt. Alle Mitglieder des Teams nehmen teil. In dieser wird intensiver über problematische Patienten, Probleme im Umgang mit diesen und ihren Angehörigen, Schwierigkeiten im Kontakt sowie über auftretende Gegenübertragungsreaktionen gesprochen. Das Ziel ist, die gemeinsame Erfassung der psychosozialen Situation des Patienten. Die Stationskonferenz ermöglicht eine genauere Analyse der Reaktionen, welche im Kontakt des Teams mit den als schwierig empfunden Patienten deutlich werden. Daraus ergeben sich weiterführende diagnostisch-therapeutische Hinweise.

Die gemeinsame **Stationsvisite** wird einmal pro Woche als Oberarztvisite durchgeführt.

Einmal pro Woche findet für das Pflegepersonal eine interne **Weiterbildung** statt.

Zweimal wöchentlich besteht die Möglichkeit zur internen **Supervision** für die Mitarbeiter der Sektion Psychosomatik.

Der Gesamtaufwand im Team pro Patient betrug in der ersten Katamnese studie (1998) 1 Zeitstunde (Median); in den Einzelgesprächen 3,8 Zeitstunden, was ca. 5–6 Einzelgesprächen entspricht.

Die **gemeinsame Arbeit** wird im Entlassbericht dargestellt. Dem internistischen Entlassbericht ist die psychosomatisch-psychotherapeutische Epikrise zugeordnet.

Einblick in die psychotherapeutische Behandlung:

Die Behandlungen werden überwiegend als Einzeltherapien durchgeführt. Falls indiziert, erhalten die Patienten ein zusätzliches Angebot in Form von Mal- oder Musiktherapie, Konzentrativer Bewegungstherapie, PMR oder Beratung durch den Sozialarbeiter.

Einmal pro Woche findet eine Maltherapiegruppe und eine PMR-Gruppe statt, an der im Einzelfall ehemalige Patienten als externe Mitglieder teilnehmen können.

Die Einzelgespräche:

Bei allen Patienten wird die Exploration zur Klärung der emotionalen Erlebnisinhalte und des biographischen Hintergrundes angewendet. In Orientierung am Patienten und der Arzt-Patient-Interaktion werden zwei Hauptschwerpunkte im technischen Vorgehen unterschieden: Der supportive Ansatz, der überwiegend bei körperlichen Erkrankungen zur Krankheitsbewältigung eingesetzt wird und der konfrontativ-konfliktorientiert ausgerichteten Interventionsmodus, der beim Vorherrschen überwiegend neurotischer Symptome zur Anwendung kommt. Wenn Angststörungen und Depressionen vorliegen, werden zusätzlich kognitiv behaviorale Techniken eingesetzt. Bei Bedarf werden Angehörige bzw. Lebensgefährten mit in die Behandlung einbezogen.

Ein Schwerpunkt bei allen Patienten liegt auf der Wahrnehmung von Zusammenhängen zwischen Erkrankung und Lebenssituation und der Suche nach möglichen Alternativen bzw. Lösungsmöglichkeiten bei der Lebensgestaltung. Neben der Fokussierung auf das aktuelle Konfliktgeschehen ist, falls indiziert, die Arbeit an der Motivation zur anschließenden psychotherapeutischen Behandlung ein Schwerpunkt der stationären integrierten Zusammenarbeit.

*(Ellen Kammerer, Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Horst Kächele
Sektion Psychosomatische Medizin, Komm. Leiter: PD Dr. Jörn von Wietersheim
Robert-Koch-Straße 8, 89070 Ulm, Tel.: (+49) (0731) 5024873; Fax: (+49) (0731) 5024535)*

* * * * *

Berichte aus den Regionalgruppen

BERICHT VON DER ERSTEN VERSAMMLUNG DER AIM-REGIONALGRUPPE FRANKFURT

Von BERND HONTSCHIK und GISELA VOLCK, Frankfurt/M.

Anwesend waren: Jürgen Sinn, Wolfgang Merkle, Britta Fröhlich, Ute Cammann, Bernd Hontschik, Gisela Volck

Wir haben uns über unser Handeln, über unsere Ideen und Ziele in unseren Praxisfeldern als Ärzte schon oft Gedanken gemacht. Wir entwickelten den Wunsch, unsere Aufmerksamkeit auf die Integration somatischer, psychosozialer und politischer Dimensionen in Theorie und Praxis zu richten. Jedes der Frankfurter Mitglieder der Akademie für Integrierte Medizin hat seit vielen Jahren seine Erfahrungen im somatischen, psychischen, psychosomatischen, psychosozialen und politischen Bereich unseres Gesundheitswesens und in der täglichen Arbeit ge-

macht. Wir fragten uns, ob wir uns unter der großen Überschrift „Integration dieser Dimensionen in unseren ärztlichen Alltag“ zusammenfinden können. Ein Austausch der Gedanken in dieser Richtung sollte der Anfang sein. Im vorbereitenden Gespräch über diesen Bereich fielen uns folgende Problemkreise ein, über die wir uns auseinandersetzen möchten:

1. unnötige, überflüssige, gefährdende und gefährliche medizinische Maßnahmen wegen fehlender Kommunikation zwischen Arzt und Patient, zwischen den Ärzten, zwischen Arzt und Krankenhaus ...
2. der Einfluss der Droge Arzt auf Diagnostik und Therapie, Placebo- und Nocebo-Effekt ...
3. Einfluss der politischen Situation auf unser ärztliches Verhalten, auf die Arzt-Patient-Beziehung: die Budgetierung, die „Qualitäts“-Sicherung, der „Medizinische“ Dienst, der ICD ...
4. Metatheorie: Gibt es Modelle, die uns einen Zugang zu diesem bewegten Bereich geben, bzw. ermöglichen; Psychosomatik vs. Integrierte Medizin; Zeichentheorie, Passungsmodelle, triviale und nicht-triviale Maschinen, Reflektierte Kasuistik ...

Wir haben uns am 14.9.2000 zum ersten Mal getroffen. Im Raum Frankfurt haben wir sieben Mitglieder der AIM eingeladen, außerdem drei Nichtmitglieder. Bei unserem Treffen waren wir zunächst nur zu sechst.

Nach einem Austausch von Vorstellungen, Ideen und Zielen ergab sich allgemeine Übereinstimmung in dem Bedürfnis, das Besondere und Andere der Theorie der „integrierten Medizin“ kennenzulernen. Daneben ergab sich ein ausgeprägtes Interesse, eine Brücke von der Theorie zur Praxis schlagen: wo liegt der Sinn des häufig verwandten Schlagwortes des „Paradigmawechsels“ für unser tägliches Tun? Wir kamen überein, anhand der jüngsten Ausarbeitung von Thure von Uexküll „Von psychosomatischer zu Integrierter Medizin“ die Theorie kennenzulernen und mit Erfahrungen aus unserem täglichen Tun zu füllen.

Daneben haben wir das Anliegen formuliert, einen stärkeren Rückkopplungsprozeß über das individuelle Tun „kritischer Geister in Frankfurt“ in Bewegung zu setzen. Es gibt da eine diffuse Vorstellung über die Suche nach neuen Formen, über den Kampf mit dem Gesundheitswesen in verschiedenen Ecken Frankfurts, jede Gruppe, jedes Individuum ist zur Zeit mehr oder weniger alleine und vereinzelt mit seiner kritischen Einstellung zur althergebrachten Schulmedizin.

Für die weitere gemeinsame Arbeit haben wir uns zu zwei weiteren Termine verabredet:

26. Oktober und 23. November 2000

Dr. Bernd Hontschik
Zeil 65-69
60313 Frankfurt
Tel 069/285894
Fax 069/1310144
Email chirurg@hontschik.de

Dr. Gisela Volck
Pestalozziplatz 6
60385 Frankfurt
Tel 069/455938
Fax 069/451114
Email dr.gisela.volck@t-online.de

* * * * *

Initiativen – Projekte – Forschung

* * * * *

NARRATIV UND METAPHER ALS INSTRUMENTE DER ALLGEMEINMEDIZINISCHEN WEITERBILDUNG

Von MARTIN KONITZER, THORSTEN DÖRING, GISELA C. FISCHER, Hannover

Einleitung

In der angelsächsischen Literatur des letzten Jahrzehnts haben die textlinguistischen Kategorien „narrative“ (Erzählung) und „metaphor“ (Metapher) eine erhebliche Bedeutung für die Arzt-Patienten-Interaktion bekommen (1). In diesem Verständnis sind Erzählung (2) und Metapher (3) biologisch fundierte Funktionen, ohne die Erfahrung von Sinn in der therapeutischen Interaktion nicht möglich ist.

In Deutschland ist dieser Ansatz seitens der Textlinguistik (4) bereits aufgegriffen worden, seitens der Sozialforschung insbesondere mit Blick auf die Allgemeinmedizin (5).

Das Erzählen von der Krankheit ist nicht nur eine basale Entlastungsfunktion, sondern ordnet die Krankheit versuchsweise in den biographischen Kontext ein, versucht einen Sinn zu geben. Die Metaphorisierung von Krankheit und Heilungsversuchen in der Arzt-Patienten-Interaktion ist ein genuiner Mechanismus zum kommunikativen Ab-

gleich von Attributionen, zu Aushandeln der vielzitierten „Passung“, zum Finden eines gemeinsamen Therapiekonzeptes.

In bodenständiger (6) oder elaborierter (7) Form gehörte ein Verständnis von Erzählung und Metapher zum allgemeinärztlichen Rüstzeug. Gilt es doch besonders in diesem Fach, in der Langzeitbeziehung Krankheiten und Schicksalsschläge immer wieder sinnvoll in den biographischen Kontext zu integrieren. Ärztlicherseits ist hierbei nicht die vorschnelle oder eigenmächtige Sinngebung gefragt, sondern zunächst das Aushalten von Ambivalenz in der Unmittelbarkeit und Widersprüchlichkeit der Erzählung des Patienten. Gerade dies macht aber in der Weiterbildung die meiste Mühe. Wie generell bereits beschrieben (8) ist auch in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung diese Kompetenz Gegenstand häufiger Auseinandersetzung zwischen lehrenden Allgemeinmedizinern und Kursteilnehmern (9). Nicht nur die quantitative Evaluation der Kurse in Niedersachsen (10) zeigte eine disproportionale Abwertung allgemeinärztlicher Inhalte.

Qualitativ belegen auch freie Äußerungen auf Evaluationsbögen mit Invektiven wie „Gelaber“ oder „da hätte ich auch lesen können“ den Wunsch nach rascher Auflösung von interaktiver Ambivalenz. Dies zeigt einen erheblichen Nachholbedarf angesichts eines zuvor durch Indexikalität, klinischen Dezisionismus und falsche Sicherheitsverheißungen geprägten Studiums.

Material, Methode und Fragestellung

Zu diesem Zweck wurde ein Pilotkurs in Kooperation der Ärztekammer Niedersachsen und der Abteilung Allgemeinmedizin der MHH/Hannover initiiert. Diese Form der 240 Stunden Weiterbildung zur allgemeinärztlichen Qualifikation fand über 18 Monate in kompakter Form unter Leitung zweier Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin der MHH vom Januar 1999 bis Juni 2000 statt. Die 60 Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten sich verpflichtet, kontinuierlich nur diesen Kurs zu belegen. Außerdem waren die Teilnehmer gehalten, zu den einzelnen Kursterminen Fallvorstellungen zu schreiben und vorzutragen. Die Balint-Arbeit fand darüber hinaus unter Anleitung zertifizierter Balintleiter im Kleingruppenrahmen statt. In diesem setting sollte evaluiert werden: Können Fallvorstellungen als zentrales Weiterbildungsmoment hilfreich sein für die Ausbildung allgemeinärztlicher Identität im oben bezeichneten Sinne? Tragen Fallvorstellungen zum Gruppenprozess bei und bildet sich dies in der Evaluation ab?

Für die Fallvorstellung war den Teilnehmern ein Schema gegeben worden, das sowohl Elemente der reflektierten Kasuistik wie auch die Frage nach salutogenen Ressourcen beinhaltete. Die Großgruppe gründet sich auf theoretische Vorgaben von Bion und Foulkes, denen entsprechend Prozesse kleiner und großer Gruppen eine gemeinsame Dynamik aufweisen – vorausgesetzt die Teilnehmerkontinuität bleibt gewahrt. Letztere war bislang in vergleichbaren Kursen Niedersachsens nicht gewahrt, sodass kein Gruppenprozess beobachtbar war über den gesamten Kursverlauf. Die Auswertung erfolgte mittels Methoden der qualitativen Sozialforschung (11) und Metaphernlinguistik (12) hinsichtlich des kasuistischen Materials qualitativ und quantitativ. Zur quantitativen Evaluation wurde eine Variante des Hamburger Evaluationsbogens der dortigen allgemeinmedizinischen Weiterbildung (13) zugrunde gelegt.

Ergebnisse

In der quantitativen Evaluation erreichte die Fallvorstellung(sonntags) durchgehend hohe Werte betreffend Teilnehmerzufriedenheit, Interesse, allgemeinmedizinischer Relevanz wie nur die Balint-Arbeit(freitags). In der qualitativ-quantitativen Auswertung der 47 vorgetragenen Kasuistiken überwog mit 66% die Form des freien Narrativs gegenüber dem Arztbrief als Textsorte. In 25 % wurde explizit auf das Konzept der salutogenen Ressourcen Bezug genommen. 66 % der Kasuistiken ließen sich mittels qualitativer Codierung einer Bedeutungsachse zuordnen. Es gibt wesentlich zwei Achsen : „Familie“ und „ärztliche Haltung“, die jeweils durch konzeptuelle Metaphern in den Texten ihren Ausdruck finden. Nahezu 40% der Kasuistiken sind der Achse „Familie“ zuzuordnen, gut 25 % der „ärztliche(n) Haltung“. Diese Zahlenverhältnisse finden ihre sinnvolle Einordnung aber erst vor dem Hintergrund des stattgehabten Gruppenprozesses im zeitlichen Muster. Findet sich in den Monaten 3–9/99 nämlich ein kontinuierlicher Anstieg vorgetragener Texte und des Metaphernreichtums mit Konvergenz auf die Achse „Familie“, so werden bei gleichem Metaphernreichtum 11/99 – 2/2000 und 3–6/2000 eine gleichbleibende Anzahl an Texten vorgestellt, die zunächst auf die Achse „ärztliche Haltung“ und zuletzt auf eine Mischung der Achsen konvergiert. Der explizite Bezug auf das salutogene Schema nimmt kontinuierlich ab.

Diese 3 Phasen der Orientierung auf Bedeutungsachsen hin sind lesbar als Gruppenprozess. In der Initialphase fokussiert die Gruppe auf die salutogenen Ressourcen, die bei den Patienten vermutet werden, dies findet in zahlreichen konzeptuellen Metaphern für „Familie“ seinen Ausdruck. In der nächsten Phase fokussiert die Gruppe auf „ärztliche Haltung“ im Sinne der Sichtung eigener Bestände zur Förderung der Belange des Patienten. Abschließend werden beide Momente kombiniert entsprechend einer sinnvollen Arzt-Patienten-Interaktion.

Ausblick

Keinesfalls soll diese Kursform als übertragbares Modell propagiert werden. Vielmehr mag das Ergebnis als nochmaliger Hinweis auf die Notwendigkeit von Teilnehmerkontinuität als Voraussetzung überprüfbarer Gruppenprozesse in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung angesehen werden. Darüber hinaus mag dies eine Anregung bleiben, die hohe Bewertung sprachlicher Interaktion als „basic skill“ für die Allgemeinmedizin auch in die hiesige

Weiterbildung zu integrieren, entsprechend der von McWhinney unlängst als „linguistisch“ bezeichneten Grundlage des allgemeinmedizinischen Konzepts von „Heilung“ (14).

Literatur

- 1) David B. Morris, Krankheit und Kultur. München 2000 p303-340, p386-392
- 2) Michael S. Gazzaniga/Joseph E. LeDoux, Neuropsychologische Integration kognitiver Prozesse. Stuttgart 1983
- 3) George Lakoff/Mark Johnson, Leben in Metaphern. Heidelberg 1998
- 4) Elisabeth Gülich/Gisela Brüner (ed), Kommunikation über Krankheiten. Bielefeld (in Vorbereitung) 2001
- 5) Christina Schachtner, Ärztliche Praxis – Die gestaltende Kraft der Metapher. Frankf./M. 1999
- 6) Hans H. Wrede, Aus dem Leben eines Landarztes. Köln 1996
- 7) Michael Balint, Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart 1957
- 8) Kathryn M. Hunter et al., The Study of Literature in Medical Education. *Academic Medicine* 70, Nr. 9 (1995), p 788 ff.
- 9) Martin Konitzer et al., Case Presentation in Gps' Training Programme : An Instrument Helpful to Improve Forming of Professional Identity? *6th European Conference on General Practice & Family Medicine/2000 Vienna. abstracts* p69
- 10) Ottomar Bahrs, Die Entwicklung und Etablierung der Kursweiterbildung Allgemeinmedizin in Niedersachsen. *32. Kongreß der DE-GAM/1998 Berlin.abstracts* p15
- 11) Anselm L. Strauss, Grundlagen qualitativer Sozialforschung. München 1994 p90–122
- 12) George Lakoff/Mark Johnson, Philosophy in the Flesh: The Embodied Mind and Its Challenge to Western Thought. New York 1999 p 60–74
- 13) Martin Konitzer et al., Allgemeinärztliche Identitätsbildung im 240-Stunden-Curriculum. *33. Kongress der DEGAM/1999 Dresden. abstracts* p2
- 14) Ian McWhinney, Being a GP – What it Means. *ärztemagazin Vienna 2000 wonca Monday, July 3rd* p4

(Dr. Martin Konitzer, Oskar-Winter-Str. 9,30161 Hannover, Tel. 0511/ 66 30 28, Fax: 0511/ 39 36 98)

* * * * *

KOMMUNIKATIONSPROZESSE IN DER SPRECHSTUNDE DES INTEGRIERT ARBEITENDEN HAUSARZTES

Von SANDRA DUNKELBERG, Hamburg

Im AIM-Telegramm von Juli/August 1999 wurde über Fragestellungen und Methodik des von der Carl-Gustav-Carus-Stiftung geförderten Forschungsvorhabens berichtet, mittlerweile liegen Ergebnisse vor. Aus der Fülle der Ergebnisse soll hier ein kleiner Teil berichtet werden: Wie gehen Hausärzte damit um, wenn Patienten ihnen ihre Krankheitskonzepte erzählen? In der nächsten Ausgabe des Telegramms folgen Antworten auf die Frage, wie Patienten selbst mit ihrem Krankheitskonzept umgehen.

Kurz zur Erinnerung:

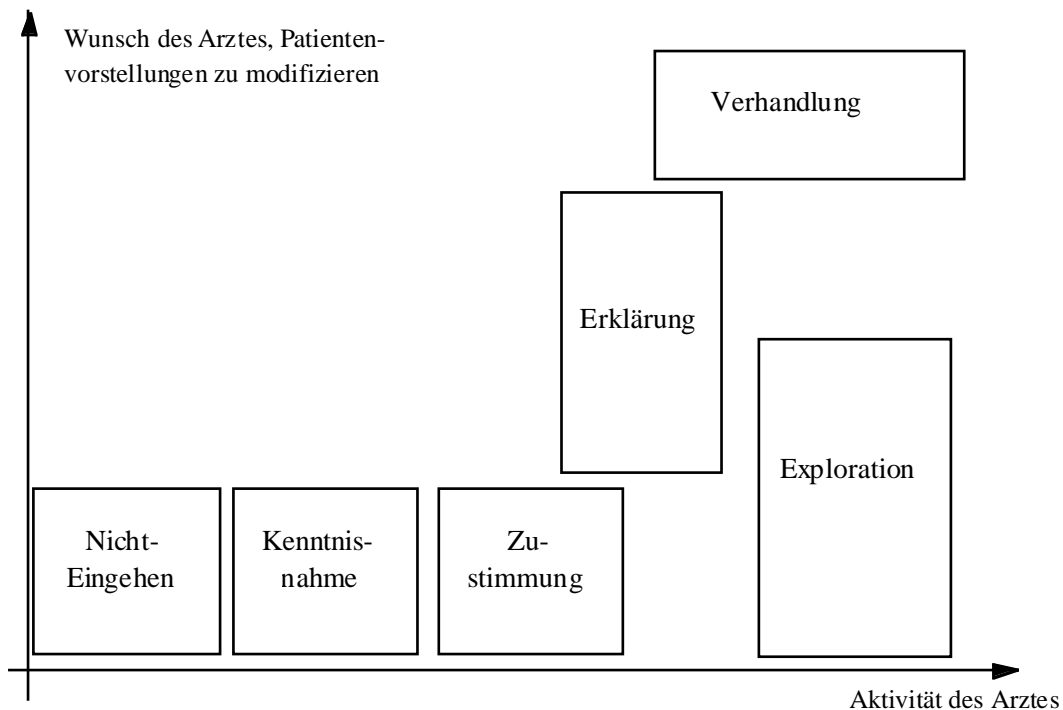
Untersucht wurde, wie die subjektive Wirklichkeit des Patienten in der Sprechstunde von Hausärzten, die sich selbst als integriert arbeitend verstehen, kommuniziert wird. Besondere Aufmerksamkeit sollte dem Umgang des Hausarztes mit den Krankheitskonzepten seiner Patienten gewidmet werden. Dabei wird Krankheitskonzept als Gesamtheit der Gedanken und Gefühle eines Menschen in Bezug auf (seine) Krankheit definiert.

In dem qualitativen Projekt wurden bei drei Hausärzten insgesamt 27 Sprechstundengespräche aufgezeichnet, im Anschluss wurden sowohl der Patient als auch der Arzt befragt. Zur Auswertung wurden Methoden der qualitativen Sozialforschung benutzt, angelehnt an Prinzipien der „Grounded Theorie“ und der „Gesprächsanalyse“.

Sechs Grundmuster können für den Umgang der Hausärzte mit den Krankheitskonzepten ihrer Patienten identifiziert werden, wobei Mischformen und Kombinationen zwischen den Grundmustern häufig vorkommen. In der Graphik (S. 21) werden die sechs Grundmuster auf zwei Achsen angeordnet.

Die explizite Exploration von Krankheitskonzepten durch gezielte oder offene Fragen, wie in vielen Anleitungen für gute Gesprächsführung empfohlen, lässt sich nur selten beobachten. Wesentlich häufiger erfährt der Arzt, quasi als Nebenprodukt, bei einer anderen Intention etwas über die Krankheitskonzepte, z.B. im Rahmen der Anamneseerhebung, wenn er missverständliche Ausdrücke klären, den Patienten allgemein zum Erzählen anregen oder gewünschte Vorstellungen verstärken will.

Werden Krankheitskonzepte zwischen Arzt und Patient verhandelt, so geschieht dies selten in einer einzigen Konsultation. Im vorliegenden Material lassen sich einige langjährige Verhandlungen finden, die oft nur zu einem Kompromiss oder gar keinem Erfolg führen. Diese Verhandlungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie selten explizit, sondern in der Regel sehr indirekt erfolgen.



Auch eher selten zu beobachten ist eine Erklärung der Arztes, „wie es medizinisch ist“, eine Unterrichtung oder Belehrung des Patienten. Erklärungen haben in mehreren Fällen den Sinn, die Angst des Patienten zu vermindern, und weniger Sachverhalte zu vermitteln.

Das Nicht-Eingehen des Arztes auf Äußerungen zum Krankheitskonzept, in dem er sie stehen lässt bzw. ignoriert, lässt sich hingegen häufig beobachten. Oft hat der Arzt gute Gründe dafür, die meistens auf früheren Erfahrungen mit den angesprochenen Themen beruhen, mitunter hat er die Äußerung aber auch schlicht nicht wahrgenommen. Das „Schicksal“ der nicht beachteten Äußerungen hängt dann vom Patienten ab – hartnäckige Wiederholung führt in der Regel dazu, dass die Ärzte dann doch darauf eingehen. Eine klare Grenze zwischen Nicht-Eingehen und bloßer Kenntnisnahme lässt sich nicht immer ziehen.

Die Zustimmung lässt sich nach dem Ausmaß der dahinterstehenden, „echten“ Übereinstimmung unterteilen. In einem Teil der Fälle stimmt der Arzt dem Patienten zu und meint es auch so, d.h. dahinter stehen übereinstimmende Ansichten. In anderen Fällen stimmt der Arzt zwar mit der Schlussfolgerung des Patienten überein, aber aus anderen Gründen als dieser. Zustimmung wird aber auch vorgetäuscht bzw. entgegen der eigenen Auffassung halbherzig geäußert, letzteres führt mitunter zu möglicherweise vermeidbaren Missverständnissen.

Die Faktoren, die bestimmen, ob und wie der Arzt reagiert, lassen sich mit drei Fragen zusammenfassen: Will ich? Kann ich? Muss ich darauf eingehen?

Will ich?

Thema relevant?

Frühere Erfahrungen mit ähnlicher Situation?

Zu erwartende positive oder negative Konsequenzen einer Intervention?

Kann ich?

Zeit vorhanden?

Sprachliche und intellektuelle Fähigkeiten des Patienten?

Muss ich?

Zwingt der Patient mich, einzugehen, z.B. durch direkte Fragen, mehrfache Wiederholungen, eine direkte Bitte oder einen Vorwurf?

(Dr. med. Sandra Dunkelberg, Arbeitsschwerpunkt Allgemeinmedizin und Gesundheitssystemforschung, UKE, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, e-mail: dunkelbe@uke.uni-hamburg.de)

* * * * *

DIE ZUKUNFT DER ZAHNMEDIZIN ^{1,2}

Von HANS-JOACHIM DEMMEL, Berlin

Zahnärztliche Aufgabenbereiche im Wandel

Die „Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III)“³ dokumentiert einen deutlichen Rückgang der Morbidität der Bevölkerung hinsichtlich der bisher typischen Aufgabenbereiche für Zahnärzte/innen. Kariestherapie und die damit verbundenen Folgebehandlungen werden in Zukunft seltener notwendig werden⁴. Das heißt, der Bedarf u.a. an Füllungstherapie, zahnprothetischer Versorgung mit Kronen, Brücken und Prothesen, Implantaten, Endodontie, zahnärztliche Chirurgie nimmt ab. Der Bedarf für Individualprophylaxe und Parodontaltherapien wandelt sich, da sie primären Stellungswert bekommen haben. Dies resultiert nicht zuletzt aus der bessere Aufklärung der Bevölkerung.

Dadurch stellt sich die Frage, welche Aufgaben Zahnärzte/innen in der Zukunft übernehmen sollen. Eine steigende Zahl von Zahnärzten wird sich einer abnehmenden Behandlungsnachfrage für die bisher typischen Aufgabenbereiche gegenübersehen.

Dies bedeutet eine existentielle Veränderung. Zusammenhänge zwischen Mundkrankheiten und Allgemeinerkrankungen sind auffällig⁵ und erfordern zunehmend fachübergreifende Kenntnisse und die qualifizierte Befähigung zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Epidemiologische Untersuchungen⁶ belegen, dass ca. 25 % der bundesdeutschen Bevölkerung unter psychischen Störungen von Krankheitswert leiden. Es ist offensichtlich, dass psychische Faktoren auch die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten auf dem Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wesentlich bestimmen können oder mitbedingen⁷. Hier seien Patienten mit chronischen Erkrankungen wie Schmerzen, Prothesenunverträglichkeit, Kiefergelenksproblemen sowie Angstpatienten als besonders deutliche Beispiele erwähnt. Es darf angenommen werden, dass auch beim Zahnarzt die Zahl der Patienten mit psychogenen oder psychosomatisch bedeutsamen Symptomen nicht unerheblich sein kann, wenn epidemiologische Studien⁸ belegen, dass 30–40 % der Patienten des Allgemeinarztes ihn aufgrund wesentlich psychisch beeinflusster Erkrankungen aufsuchen. Bei gleichzeitigem Vorliegen körperlicher und psychischer Erkrankungen, das heißt Komorbidität, muss auch die Möglichkeit inadäquater Krankheitsbewältigung bei primär körperlichen Erkrankungen bedacht werden. Komorbidität erfordert besondere Kenntnisse und Sorgfalt, v.a. bei Symptomüberlagerung.

Diese Fakten erfordern eine kritische Betrachtung des gegenwärtigen theoretischen Konzeptes der zahnärztlichen Ausbildung, der Weiterbildungsmöglichkeiten und des Entwurfes für eine Perspektive der Zahnmedizin. Ein solcher Entwurf für eine Zukunftsperspektive der Zahnmedizin soll dazu dienen, die Kompetenz der Zahnärzte für allgemeinmedizinische Zusammenhänge zu gewährleisten.

Veränderung des ärztlichen Aufgabenbereiches

Die Zahl der Ärzte/innen, der Psychologen/innen und anderer Fachpersonen (z.B. für Physiotherapie) ist gestiegen, die u.a. qualifiziert weitergebildet sind für Teilgebiete, die für Erkrankungen im Kiefer-, Gesichtsbereich relevant sind. So wurden z.B. für Ärzte/innen und auch für Psychologen/innen qualifizierende Weiterbildungscurricula für die Zusatzbezeichnung Schmerztherapie geschaffen. Speziell auf dem Gebiet der Schmerztherapie werden neben den organtherapeutischen Möglichkeiten psychosomatische und psychotherapeutische Ansätze einbezogen. Besonders beachtenswert ist, dass nach den Weiterbildungsrichtlinien der Bundesärztekammer heute kein Arzt die Facharztanerkennung (das gilt für alle Facharztgebiete!) erhalten kann, ohne qualifizierten Nachweis von psychosomatischer Grundkompetenz (mind. 30 Std. Weiterbildung).

¹ Diese hier vorgelegte kritische Stellungnahme basiert auf dem Ergebnis der durch den Autor angeregten Diskussion auf der gemeinsamen, erweiterten Vorstandssitzung (Marburg: 22.1.2000) des Arbeitskreises Psychologie und Psychosomatik in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), der Arbeitsgruppe Zahnmedizin im Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) und des Arbeitskreises Zahnmedizin der Deutschen Gesellschaft für Medizinpsychologie (DGMP).

² Für die Beratung und Mitarbeit bei der Textfassung danke ich Dr. Klaus Hertrich, Erlangen

³ Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III) Hrsg.: Institut des Deutschen Zahnärzte. Micheelis, W.; Reich, E. (Gesamtbearb.). Dt. Ärzte-Verl. Köln 1999

⁴ Lt. DMS III gingen z.B. die DMFT-Werte bei Jugendlichen in Westdeutschland von 10,8 (1983) auf 1,4 (1997) zurück

⁵ Vgl.: Heinrich, R, Törne, I: Gerontologische Daten und Analysen zum Zusammenhang zwischen Allgemeingesundheit und Mundgesundheit. In: Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Dt. Ärzte-Verl. Köln 1999, S. 457–469

⁶ Schepank, H.: Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Springer, Berlin–Heidelberg–New York 1987

⁷ Vgl. Übersicht in: Demmel, H.-J., Lamprecht, F.: Psychosomatische Zahnheilkunde. In: Psychosomatische Medizin (Hrsg. Th. v. Uexküll), Urban & Schwarzenberg, München 1990

⁸ Schepank, H.: (s.o.)

Eine entsprechende Anforderung fehlt für Zahnärzte/innen. Damit gibt es für Zahnärzte/innen schon heute keine speziell anerkannte, breite Fachkompetenz mehr für die Diagnostik und Therapie von Schmerzkrankheiten im orofazialen Bereich.

Zahnmedizin und das integrierte biopsychosoziale Modell

Integrierte psychosomatische Medizin erhebt den Anspruch, den heutigen Dualismus einer Medizin für seelenlose Körper und einer Medizin für körperlose Seelen⁹ zu überwinden. Sie will eine medizinisch Betreuung kranker Menschen verwirklichen, welche die körperlichen, seelischen und sozialen Probleme gleich ernst nimmt. Symptome müssen (wieder) als Zeichen erkannt werden, als die Form, in der sich die Krankheit repräsentiert (Semiotik). Die Zeichen, die den Patienten auf den verschiedenen Integrationsebenen seines Körpers erreichen, müssen gedeutet und ihrer Bedeutung entsprechend beantwortet werden. Dann kann Medizin bzw. Zahnmedizin wieder das werden, was sie im Grund immer war: eine Zeichenlehre, die somatische, psychische und soziale Indizien zu einer Wirklichkeit eines kranken Menschen integriert, die der direkten Erfahrung des Arztes sonst unzugänglich ist.

Wie in der gesamten Medizin ist heute auch in der Zahnmedizin bekannt, dass psychische Faktoren im Sinne einer biopsychosozialen Medizin wirksam sind. In allen Fachgebieten der Zahnheilkunde, wie auch in der Medizin im allgemeinen, bietet die integrierte psychosomatische Medizin als biopsychosoziales Paradigma eine bessere Erklärung von Ätiologie und Genese – also von Entstehung und Verlauf der Erkrankungen – als das biophysikalische Modell (Maschinenmodell). Krankheit ist nach diesem biophysikalischen Modell eine räumlich lokalisierbare Störung eines Körperteils oder seiner Funktion, die zwar eine sehr komplexe, aber auf Grund des technischen Vorbildes doch überschaubare Struktur besitzt. Doch immer öfter wird deutlich, dass der Zahnarzt eine Krankheit, die als Betriebsschaden im menschlichen Körper lokalisiert worden ist, mit gezielten technischen Eingriffen (z. B. chirurgisch, prothetisch, medikamentös) nicht ausreichend „reparieren“ kann. Die Grenze des bisherigen Paradigmas der Zahnheilkunde wird offenbar.

Für die Zukunft der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wird aus diesem Grunde eine psychosomatische bzw. integriert biopsychosoziale Zahnmedizin von Bedeutung sein. Hier sollen auch andere zahnärztliche Fachgesellschaften und verwandte Fachgruppen angeregt werden, ebenfalls ihre Überlegungen in die notwendige Diskussion über das sich wandelnde Berufsbild einzubringen. Um die Wissenschaftlichkeit zu wahren, sollte die Diskussion auf der Grundlage evidenzbasierter Medizin geführt werden.

Verbesserungspotentiale zur Anpassung an zahnärztliche Aufgabenbereiche

Es stellt sich die Frage, welche Aufgaben Zahnärzte/innen in der Zukunft übernehmen sollen. Die zahnmedizinische Ausbildung unserer Studenten/innen berücksichtigt heute die Veränderungen der Morbidität noch nicht ausreichend. Eine entsprechende postgraduelle Weiterbildung für die Spezialisierung und die Integration neuer Erkenntnisse der Zahnmedizin für relevante Teilgebiete der Allgemeinmedizin ist bisher von den Kammern nicht institutionalisiert und anerkannt. Dies gilt ebenfalls für die traditionellen Spezialisierungen in der Oralchirurgie und Kieferorthopädie. Es gibt zwar einige Fortbildungsangebote für neue Gebiete durch Fortbildungsinstitute der Kammern, wissenschaftliche Gesellschaften und private Veranstalter, doch haben sie keine Auswirkung auf die fachliche Anerkennung der so erworbenen Spezialkenntnisse. Die Umsetzung aus diesen Erkenntnissen in die Ausbildung und Praxis der Zahnärzte/innen wurde noch nicht vollzogen, zu sehr bestimmt das biophysikalische Modell der Medizin unsere Ausbildung. Die Zahnmedizin befindet sich immer noch im dualistischen Paradigma einer Körper und Psyche getrennt betrachtenden Medizin, die auf der Wissenschaftsphilosophie des 17. Jh. (Descartes) gründet!

Zusätzlich werden zwar auch immer häufiger Vorlesungen mit psychologischen und in geringerem Umfang psychosomatischen Themen angeboten. Diese Themen sind aber nicht oder kaum ausreichend in den Unterricht der einzelnen klinischen Fächer integriert, sondern finden gesondert statt. Dies widerspricht dem Paradigma der integrierten Medizin. Die zusätzliche und besondere Berücksichtigung psychosomatischer oder auch psychologischer Themen in eigener Unterrichtseinheit (wenn organisatorisch notwendig) muss immer eine enge Bezogenheit zum somatischen Fachthema herstellen.

Einem psychosomatisch fortgebildeten Zahnarzt kommt die Aufgabe zu, orofaziale Krankheiten mit psychogener Ursache oder wesentlicher Mitbeteiligung an der Krankheitsentstehung und -entwicklung frühzeitig bei seinen Patienten zu erkennen und im Sinne der Prävention rechtzeitig zu bearbeiten. Im frühen Stadium solcher Erkrankungen kann eine situative Einordnung von Symptomen häufig die Notwendigkeit ausgedehnter Psychotherapien vermeiden. Ein typisches Beispiel hierfür sind unklare Schmerzen im Kiefer- Gesichtsbereich durch Parafunktionen (Tendo-Myalgien, Funktionseinschränkungen, Hypersensibilität) in schwierigen Lebenssituationen. Dies und die Notwendigkeit der therapeutischen Begleitung somatisch fixierter Patienten bis zur Möglichkeit einer Überweisung zur Psychotherapie begründet auch die Forderung nach Berechtigung zur Kurztherapie.

Zahnärztliche Psychosomatik soll als integrative Medizin mittels Prävention der Aggravierung psychogener Erkrankungen vorbeugen und somit auch die kostentreibende Polypragmasie begrenzen helfen („Patientenkarriere“;

⁹ Uexküll, Th. v.: Integrierte Psychosomatische Medizin. In: Beiträge für die Begründung einer qualifizierenden, psychosomatischen Fortbildung für Zahnärzte. Mitt DKPM Sonderheft 25a (1994) 13

„doctor- shopping“, „Koryphäen-Killer“). Die eigentliche Psychotherapie muss und soll in der Hand von Psychotherapeuten bleiben.

Mit der frühzeitigen Erkennung von psychosomatischen Zusammenhängen bereits bei der Diagnostik wird die unsinnige Häufung aufwendiger Untersuchungen vermieden. Es ist sowohl aus menschlicher als auch aus volkswirtschaftlicher Sicht bedenklich, dass durch das weitverbreitete Verfahren der somatischen Ausschlussdiagnostik bei vielen Erkrankungen erst nach einer mehrjährigen Odyssee somatischer Verdachtsdiagnosen an eine psychogene Ursache gedacht wird.¹⁰ Der integrative Ansatz für die psychosomatische Medizin soll dieses vermeiden.

Der tiefenpsychologische Ansatz und auch verhaltenstherapeutische Ansätze beim Umgang mit dem Kranken unterscheiden sich grundlegend von Ratschlägen auf Grund des „gesunden Menschenverstandes“ oder der allgemeinen Lebenserfahrung des (Zahn-) Arztes. Die unqualifizierte und vorschnelle Deutung psychogener Ursachen oder Mitbeteiligungen an der Krankheit muss bei diesen Kranken zu einer Verstärkung der Abwehr führen. Zum Erkennen biopsychosozialer Ursachen für Entstehung, Verlauf und Therapieerfolg einer Erkrankung sind psychotherapeutische/psychosomatische Kenntnisse erforderlich. Darin sehen wir die fundierte Begründung für eine Integration psychosomatischer Grundkompetenz in die Ausbildung der Zahnärzte/innen und die Möglichkeit der Weiterbildung zur psychosomatischen Grundversorgung¹¹. Dies soll Zahnärzte/innen nicht zur Psychotherapie im umfassenden Sinn befähigen, sondern hinreichend begründet Erstdiagnosen auf der Grundlage professioneller Gesprächsführung ermöglichen und die eventuell notwendigen Erarbeitung für den Patienten nachvollziehbarer Überweisungen zur Fachtherapie. Wir sehen darin die einzige Möglichkeit eine optimale Compliance zu erreichen.

Es soll betont werden, dass schon aus Gründen des integrativen Paradigmas der psychosomatischen Medizin ein „(Fach-) Zahnarzt für psychosomatische Zahnmedizin“ keinesfalls das Ziel sein kann.

Rechtliche und finanzielle Aspekte

Die derzeitigen, vereinzelt Fortbildungsangebote für das Gebiet der Psychosomatik und Psychologie in der Zahnmedizin haben noch keine Auswirkung auf die fachliche Anerkennung der so erworbenen Spezialkenntnisse und damit auch für eine korrekte Leistungsberechnung, weil sie nicht als qualifizierende Fort- bzw. Weiterbildung ausgelegt sind.

Die Forderung für eine qualifizierende Fortbildung gründet auf der Einsicht, dass die Anwendung tiefenpsychologischer (aber auch anderer psychologischer) Verfahren einer umfangreichen Ausbildung der Zahnärzte/innen bedarf. Die Forderung, dass derart fortgebildete Zahnärzte/innen ermächtigt werden sollen, die entsprechenden Abschnitte der GOÄ angemessen anwenden zu dürfen, hat nur juristische und nicht pekuniäre Gründe. Die Honorare der GOÄ für psychotherapeutische Leistungen decken zeitbezogen nur etwa zu 30 % die laufenden Kosten einer Zahnarztpraxis. Tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Methoden sind in der GOÄ eindeutig erfasst. Die GOZ wird vom Ordnungsgeber als eine Beschreibung des Tätigkeitsfeldes des Zahnarztes gesehen. Ausdrücklich ist ihm der Zugang zu anderen, als den in der GOZ genannten Leistungsinhalten der GOÄ, nicht erlaubt. Das heißt, dass ein Zahnarzt, der z. B. eine biopsychosoziale Anamnese erhebt (GOÄ 860) eigentlich illegal arbeitet, da dieser Bereich der GOÄ ihm nicht zusteht.

Sollte die bisherige zahnmedizinische Ausbildung und Qualifizierung sich nicht ändern, würde die mangelnde Kompetenz der Zahnärzte/innen für allgemeinmedizinische Zusammenhänge bald offenbar. Weder in den Ausbildungsordnungen der Zahnärzte/innen (wo diese eigentlich als Fachärzte verstanden werden könnten), noch in denen der eigentlichen Fachzahnärzte besteht eine der ärztlichen Ausbildung vergleichbare Vorschrift zum qualifizierten Nachweis von psychosomatischer Grundkompetenz. Damit entfernt sich das Berufsbild des Zahnarztes von dem des Arztes der inzwischen u.a. Fachkompetenz für die Diagnostik und Therapie von Schmerzkrankheiten (auch des orofazialen Bereiches) erwerben kann.

Die Zahnärzte/innen laufen beim Beharren auf bisherigen Ausbildungs- und Qualifizierungsinhalten Gefahr, dass ihnen auf Grund ihrer Ausbildung nur noch Diagnostik und Therapie im technischen mechanistischen Sinne für zahnbezogene Krankheiten zugebilligt wird. Es besteht damit das Risiko, dass auch die medizinische Begründung zahnärztlicher Maßnahmen durch die Zahnärzte/innen selbst entfallen könnte, weil Versicherungen und andere Kostenerstatter zahnärztliche Maßnahmen nur noch anerkennen, wenn sie durch eine fachkompetente Medizinerperson verordnet würden. Und die wären wir Zahnärzte im Sinne der Facharzt-Ausbildungsverordnung nicht mehr. Das hieße, wir könnten in Zukunft nur noch im Delegationsverfahren, quasi als Auftragnehmer, tätig werden. Wie nahe diese Gefahr ist, zeigt die Entwicklung im Bereich der Schmerztherapie, wie oben beschrieben wurde.

Dem gilt es rechtzeitig entgegenzuwirken durch eine zeitgemäße Veränderung der zahnärztlichen Ausbildung.

(Dr. Hans-Joachim Demmel, Lietzenburger Str. 51, 10789 Berlin,) 030-23627251 ,2 030-23627253; e-mail h.j.demmel@gmx.de)

¹⁰ vgl.: Egle, U.T., Hoffmann, S.O. (Hrsg.): Der Schmerzkranken. Schattauer, Stuttgart–New York 1993, S.145 ff.

¹¹ Als Modell für diese Weiterbildung könnten die erstmals 1998 als Baustein-Fortbildung angebotenen Psychosomatik-Seminare des Philipp-Pfaff-Instituts (Fortbildungseinrichtung der Landes Zahnärztekammern Berlin und Brandenburg) dienen. Sie basieren auf einem bereits 1994 publizierten Vorschlag [Demmel, H.J. (Hrsg.): Textsammlung AG Zahnmed. DKPM; Mitt. DKPM, Sonderheft 25a, 1994], der auf erste Entwürfe von 1987 zurückgeht [Demmel, H.J.: Weiterbildung in Psychosom. Medizin Mitt. DKPM, Heft 10, 1987]

STREIFLICHT

Von LUDGER ALBERS, Wiesbaden

PASSENDE EIGENSCHAFTEN



Jakob von Uexküll

Wär' nicht das Auge sonnenhaft –
Wie könnten wir das Licht erblicken?
(Goethe)

Wär' nicht die Sonne augenhaft
an keinem Himmel könnte sie erstrahlen
Wär' nicht die Blume bienenhaft
und die Biene blumenhaft –
der Gleichklang könnte nie erreicht werden.
(Jakob von Uexküll)

zit. nach Hoffmeyer: Signs of Meaning in the Universe, Indiana University Press 1996

Ergänzung: Thure von Uexküll

Bild nach Hoffmeyer homepage: <http://www.molbio.ku.dk/MolBioPages/abk/PersonalPages/Jesper/Hoffmeyer.html>

Zitat Jakob von Uexküll: Bedeutungslehre. Abhandlungen zur theoretischen Biologie und ihrer Geschichte sowie zur Philosophie der organischen Naturwissenschaften. Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1940: 47.

* * * * *

Molekularer Kontakkleber bringt Zellen zusammen

Damit sich Gewebe oder Organe zu dreidimensionalen Gebilden entwickeln können, müssen die Zellen dazu gebracht werden, aneinander zu haften. Eine Möglichkeit ist die Verbindung durch klabriges Eiweißstoffe. Elaine Fuchs von der Universität Chicago entdeckte jetzt mit ihren Mitarbeitern, wie komplex und dynamisch dieser Arbeitsvorgang ist.

Werden Hautzellen getrennt und in einer calciumhaltigen Nährlösung kultiviert, entsproßen ihnen so genannte **Filopodien**, die wie tastende Finger nach einer benachbarten Zelle suchen. Nach der Kontaktaufnahme bilden die Nachbarn an den einander zugewandten Seiten das klebrige Protein E-cadherin, das direkt mit dem Zellskelett in Verbindung steht.

Nachdem so eine punktuelle Klebeverbindung hergestellt ist, produzieren beide Seiten große Mengen von Cytoskelett-Proteinen. Die resultierenden strukturellen Veränderungen im Inneren lassen auch die Zell-Membranen immer

dichter zusammenrücken. Zwischen ihnen entsteht an den nicht durch E-cadherin verklebten Abschnitten schließlich ein Geflecht aus Proteinfasern, das die Hüllen beider Zellen fest miteinander verschweißt (S. 20).

Biosemiotische Deutung:

Zeichenprozesse, die Verbindungen zwischen Zellen als Ergebnis haben.

Die genannten **Filopodien** lassen sich als hochspezielle molekulare Rezeptoren verstehen, die Kontaktphänomene „wahrnehmen“. Mit Hilfe molekularer Bedeutungsklammern erzeugen molekulare Interpretanten aus diesen bloßen Kontaktphänomenen Zeichen für die Bildung von Kleberprotein.

Spektrum der Wissenschaft 5/2000

(Dr. med. Ludger Albers, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Klinik für Psychosomatische Medizin, Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee33, 65191 Wiesbaden)

* * * * *

Wichtige Termine 2001 – Veranstaltungen der AIM

Lehrkörperreffen : 11.–12.5.2001 in Stadtlengsfeld

**8. Jahrestagung der Akademie für Integrierte Medizin und Mitgliederversammlung:
21.–22.9.2001 in Bad Segeberg**

* * * * *

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

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: Prof. 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, Hartweg 17, 82541 Münsing, Tel. 08177/8424, Fax 08177/9118

Münster: Dr. med. Gabriele Schlitt, Tel/Fax: 0251/51 85 85

Nürnberg: Dr. med. Herbert Kappauf, 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, 0611/ 57 72 52, Fax: 06131/33 72 04 – e-mail: psysom@aol.com

Arbeitsgruppe Reflektierte Kasuistik Basel:

Dr. med. Werner Stadlmayr, Sulgenauweg 8, CH 3007 Bern, Tel/ Fax (privat): 0041/ 31/ 3712781, Tel. (Geschäft) 0041/ 31/ 300-12 59 (Zentrale –14 14) , Handy 0041/ 79 /326 61 33; e-mail: wstadlmayr@gmx.de – e-mail: erner.stadlmayr@insel.ch

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 e-mail-Adresse mitteilen.

* * * * *

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

Bei Zusendung von längeren Texten: (bitte, bitte) nur als Diskette (Lieblingsformate: txt , wps oder doc) oder noch besser als e-mail-Anhang an die obenstehende Kontaktadresse. 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.

* * * * *

Literaturhinweise

Neues Buch der Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin

Klaus Dörner: *Der gute Arzt*

Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung

342 Seiten, geb. 69.– DM (für AIM-Mitglieder 42.– DM)

Welcher Arzt will nicht ein „guter Arzt“ sein? Denken und Handeln jedes Arztes sind darauf ausgerichtet und von einer unausgesprochenen Grundhaltung geprägt. Das Bestreben, ein guter Arzt zu sein, kann man nicht lehren, es hat aber bessere Chancen auf Verwirklichung, wenn man es sich bewusst macht, wenn man es erfahrungswissenschaftlich umschreibt und in seinen Perspektiven und Zusammenhängen entfaltet. In diesem Sinne will das Buch ein Lehrbuch eine Hilfe zum praktischen ärztlichen Handeln sein, wohl erstmals übrigens mit Hilfe der Philosophie von Emmanuel Levinas.

Von daher zählt es beispielsweise zu den Voraussetzungen einer guten Arzt-Patient-Angehörigen-Beziehung, dass es nicht Aufgabe des Arztes ist, den Anderen besser zu verstehen, sondern dass es Aufgabe ist, seine Beziehung vom Anderen her so zu gestalten, dass der Andere sich selbst besser versteht.

Aus solchen Gedanken wird die Grundhaltung einer ärztlichen Verantwortung entwickelt, die zwar aus Sorge um sich selbst wie um andere entsteht, die aber das Arztsein nicht vom Arzt her, sondern vom Anderen vom Patienten, vom chronisch Kranken, von den Angehörigen und schließlich von der lebendigen Gemeinde her begreift.

Vor diesem Hintergrund werden sowohl das Gebot der ärztlichen Selbstbegrenzung in der Praxis des niedergelassenen Arztes, im Krankenhaus und in der Selbstverwaltung als auch die Chance der moralischen Selbstbefreiung ärztlichen Handelns im Umgang mit Geschichte, Leib und Technik konkretisiert. Für alle Ärzte, aber auch Angehörige der Pflegeberufe sowie der anderen Gesundheits- und Sozialberufe, schließlich für alle, die an Medizin-Ethik interessiert sind.

Adler: *Psychosomatik als Wissenschaft*, DM 49,- (für AIM-Mitglieder DM 29,40)

Hontschik/Uexküll: *Psychosomatik in der Chirurgie*, DM 98,- (für AIM-Mitglieder DM 58,80)

Schwarz: *Die Krebspersönlichkeit*, DM 45,- (für AIM-Mitglieder DM 27,-)

Uexküll: *Integrierte Psychosomatische Medizin*, „Classics“-Ausgabe der 3. Auflage, DM 49,- (für AIM-Mitglieder DM 29,40)

Ulrich: *Biomedizin*, DM 49,- (für AIM-Mitglieder DM 29,40)

Wedler: *Das ärztliche Gespräch*, DM 39,- (für AIM-Mitglieder DM 23,40)

Bestellungen über das Sekretariat der AIM (wulf.bertram@schattauer.de);
Telefon 0711/2298718, Fax 0711/2298745