

Einladung zur
15. Jahrestagung der
Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin
 5.-7. November 2009
 Frankfurt/M

Auseinander-Setzen - Zusammen-Wirken

gemeinsame Wirklichkeiten in
 einer zersplitterten Medizin

Donnerstag, 5.11.2009
 16:00 - 19:00

Forschungsforum
 der Uexküll-Akademie:
 Narrativ des Schmerzes

20:00 (Haus am Dom)

Öffentliche Veranstaltung:
 (Eintritt frei)

Medizin im Umbruch
 - Ethik und Ökonomie in der Medizin
 Vortrag von Prof. Giovanni Maio
 Institut für Ethik und Geschichte der
 Medizin (Freiburg)

mit anschließender Diskussion
 Diskussionsleitung: Bernd Hontschik

Freitag, 6.11.2009

09:45 - 10:30

Begrüßung:
 Manuela Rottmann (Stadt Frankfurt)
 J. Sprekelmeyer (H.-Geist-Hospital)
 G. Volck (Uexküll-Akademie)

10:30 - 11:15

Christian Schubert (Innsbruck):
 Psychosomatische Komplexität am
 Beispiel Integrativer Einzelfallstu-
 dien

11:45 - 12:30

Barbara Wolf (Frankfurt/M):
 Wenn die Welt zerbrochen ist und
 das Ich verletzt
 Von der Arbeit mit Flüchtlingen

14:15 - 15:00

Gerd Neidhart, Claas Drefahl (Ffm):
 Interdisziplinäre Multimodale
 Schmerztherapie (IMS)

15:30 - 17:00

Arbeitsgruppen:

Integrierte Medizin und
 Reflektierte Kasuistik
 (A. Staufenbiel-Wandschneider,
 W. Geigges)

Psychoonkologie
 (U. Panradl)

Schmerztherapie
 (G. Neidhart, C. Drefahl),

Wo steht die Pflege heute?
 (G. Schopf)

Flüchtlingsarbeit
 (B. Wolf, S. Lübben)

Ethik und Ökonomie in der Medizin
 (G. Maio)

Einzelfallstudien
 (C. Schubert)

17:30 - 19:00

Mitgliederversammlung
 der Uexküll-Akademie
 (im Tagungshaus)

20.00 - ultimo
 Geselliger Abend
 (Gaststätte im Haus am Dom)

Samstag, 7.11.2009

09:15 - 10:00

Hans-Jörg Becker (Frankfurt):
 Unternehmensfinanzierte Mitarbei-
 terbetreuung:
 Lückenfüller oder Rosinenpicker im
 Gesundheitssystem?

10:00 - 10:45

Heike Schenck (Frankfurt):
 Kunsttherapie:
 Vom Schmerz zum Bild - vom Bild
 zum Schmerz

11:45 - 12:30

Wolfgang Merkle, Bernd Hontschik
 (Frankfurt):
 Keiner versteht den Morbus Sudeck
 - wir auch nicht

12:30 - 13:00

Abschlussdiskussion im Plenum

Anfragen und Anmeldung für die
 Jahrestagung der Uexküll-Akademie
 für Integrierte Medizin (AIM):

Sekretariat der Psychosomatischen
 Klinik, Hospital zum Heiligen Geist
 (Dr. W. Merkle)

Tel. 069-2196-2101

Fax 069-2196-2103

tagung2009@uexkuell-akademie.de

Info im Internet

www.uexkuell-akademie.de

Tagungsgebühren

Mitglieder AIM / DKPM:

bis 30.08.2009 EUR 130

nach 30.08.2009 EUR 150

Nichtmitglieder:

bis 30.08.2009 EUR 150

nach 30.08.2009 EUR 170

Studenten / Pflegekräfte:

(Anmeldung erforderlich) frei

Tagungskonto

Frankfurter Sparkasse BLZ 50050201

Kto. 1202084182 (Bernd Hontschik)

Stichwort: Heilkunst

Lindern Leitlinien Leid?

Standardisierte Medizin und individuelle Wirklichkeit am Beispiel der somatoformen Störung

Leitlinien somatoforme Störungen und das Modell der Integrierten Medizin

Christoph Schmeling-Kludas

Wir hatten im April diesen Jahres in Glotterbad eine erste Modellwerkstatt zum Thema „Lindern Leitlinien Leid?“ und zwar am Beispiel des Diabetes mellitus. Als erstes möchte ich einige Punkte aus unseren dortigen Diskussionen in Erinnerung rufen. Im zweiten Teil meines Vortrages werde ich die Entstehung und ausgewählte inhaltliche Aspekte der Leitlinien zu den somatoformen Störungen darstellen. Im dritten Teil will ich mich dann damit befassen, ob und ggf. wie die Leitlinien zu den somatoformen Störungen und das Modell der Integrierten Medizin zusammengebracht werden können.

[dieser Beitrag ist eine gekürzte Fassung des Vortrages vom 26.09.2008]

Bezug zu den Diskussionen in Glotterbad

Zunächst also ein subjektiver Rückblick auf die Diskussionen in Glotterbad, ich nenne vier Punkte:

1. Im Sinne des positivistischen Wissenschaftsparadigmas wurden die zahlreichen Leitlinien zum Diabetes mellitus als von ihren Anwendern weitgehend unabhängige Verfahren beschrieben, als Faktenwissen, an das sich die Ärzte halten sollten.
2. Am Beispiel eines diabetischen Fußes wurde deutlich gemacht, dass Patienten von einer genauen Umsetzung dieses Faktenwissens sehr profitieren können.
3. Am Beispiel der in der Klinik Glotterbad behandelten Patientin wurde aber auch deutlich, dass Leitlinien nur dann von Nutzen werden können, wenn den Patienten die erforderlichen medizinischen Vorgehensweisen so vermittelt werden, dass sie diese zu ihrer eigenen Sache machen können. Die Leitlinie wurde entsprechend als eine Art „medizinischer Wahrheit“ betrachtet, eine gewisse Qualität der Arzt-Patient-Beziehung als notwendige Voraussetzung dafür, dass der Patient von dieser Wahrheit profitieren bzw. sie annehmen kann. Ein darüber hinaus gehender genauerer Bezug zu unserem konstruktivistischen

Modell einer Integrierten Medizin wurde nicht hergestellt.

4. Einen großen Raum nahm schließlich die Diskussion darum ein, dass Leitlinien von den Kostenträgern als Kontrollinstrumente der Ärzte missbraucht werden könnten. Offenbar gibt es bei manchen Krankenkassen Vorstellungen, die Honorierung der ärztlichen Tätigkeit bei Diabetikern davon abhängig zu machen, dass ein leitliniengerechter HbA1C-Wert erreicht wird. Dies würde all jene Patienten zu Goomer im Sinne des Romans „House of God“ machen (Goomer steht für *go out of my emergency room*), also für einen in der Praxis unerwünschten, weil aussichtslosen Patienten, bei denen von vornherein klar ist, dass ein solcher Wert wohl nicht wird erreicht werden kann. Aus meiner Sicht könnte aber gerade für diese Patienten das Modell der Integrierten Medizin hilfreich sein, weil es neben der Geschichte einer Krankheit auch die eines Patienten und die einer Arzt-Patient-Beziehung berücksichtigt, also einen erweiterten Verständnisrahmen dafür bereitstellen könnte, warum bei bestimmten Patienten der leitliniengerechte HbA1-Wert nicht erzielt werden kann bzw. wie vorgegangen werden muss, um sich diesem Standard möglichst gut anzunähern.

Aus meiner Sicht lautete die Antwort auf die der Modellwerkstatt gestellte Frage: *Lindern Leitlinien Leid?* in Glotterbad eher „ja“ als „nein“. Eher „ja“ vor allem deswegen, weil nach Ansicht der referierenden hochkarätigen Diabetes-Spezialisten der eigentlich zu erwartende medizinische Qualitätsstandard bei der Behandlung dieser Erkrankung im Versorgungssystem bis heute keineswegs überall umgesetzt ist. Wir haben in der Akademie immer Wert darauf gelegt, dass Integrierte Medizin bedeutet, dass eine qualitativ hochwertige somatische Behandlung realisiert werden kann. Wird der Widerspruch zwischen standardisierter Medizin und individueller Wirklichkeit also vielleicht erst dann von Bedeutung, wenn die somatische Medizin wirklich dieses Niveau erreicht hat? Bereits 1998 legten Gerlach und Mitarbeiter im Ärzteblatt dar, dass medizinische Leitlinien in Klinik und Praxis kaum umgesetzt werden. Müssten wir uns dann vielleicht erst einmal dafür einsetzen, dass diese Grundvoraussetzung erfüllt ist?

Dazu noch ein Splitter aus Glotterbad: Wie soll man damit umgehen, dass - wie die zuständigen Leitlinienautoren selbst einräumen - Patienten, die am metabolischen Syndrom leiden, also an Hypertonie, Fettstoffwechselstörung, Diabetes mellitus und Ü-

bergewicht, dass diese Patienten also die in den verschiedenen Leitlinien geforderten Therapien und Verhaltensregeln in einem 24-Stunden-Tag nicht mehr unterbringen könnten? Offenbar sind die Leitlinien teilweise wirklichkeitsfremd und nicht mit einem Leben vereinbar, das auch noch Beruf, Familie oder andere Interessen beinhaltet.

Schließlich ist auch noch zu erwähnen, dass es bisher keine einzige Studie gibt, die belegt, dass die Einführung von Leitlinien oder die strikte Orientierung an evidence-based medicine tatsächlich zu einer besseren Patientenversorgung führt.

So gesehen ist meine individuelle Wirklichkeit nach Glotterbad gekennzeichnet durch mehr Fragen als Antworten gekennzeichnet.

Nun aber zu den Leitlinien somatoforme Störungen!

Leitlinien somatoforme Störungen

Unter den Stichworten „Leitlinien“, „somatoforme“ und „Störungen“ erscheinen bei Google neun Hinweise, die sich allesamt auf ein und dieselbe Gruppe von Leitlinien beziehen, die im Jahre 2002 von Henningsen und Mitarbeitern im Schattauer-Verlag veröffentlicht wurde. Die Leitlinie somatoforme Störungen 1 behandelt die somatoformen Störungen im Überblick, die übrigen acht Leitlinien betreffen die entsprechenden Unterkategorien von F45 im ICD-10, der 10. Revision der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, also die Somatisierungsstörung, die undifferenzierte Somatisierungsstörung, die hypochondrische Störung und so fort. Gibt man dieselben eben genannten Stichworte bei Google auf Englisch ein, so wird man in dieser Sprache nicht bei *einer* Leitlinie fündig. Beides überrascht, da es sich bei den somatoformen Störungen um häufige Erkrankungen handelt: Je nach Art der epidemiologischen Studie sind in der Bevölkerung entweder die somatoformen oder die affektiven Störungen nach den Angststörungen die zweithäufigste psychische Erkrankungsgruppe (Henningsen et al. 2002). Bei den also vergleichbar häufigen Depressionen war das

Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin demgegenüber bereits im Jahre 2003 damit beschäftigt, 21 Leitlinien zur Depression zu sichten und zu bewerten. Liegt das daran, dass somatoforme Störungen bei Hausärzten wie bei Psychotherapeuten als schwierig zu behandelnde Krankheitsbilder gelten? Oder liegt es daran, dass die Pharmaindustrie an den affektiven Störungen wegen des Umfangs medikamentöser Behandlungen interessiert ist, nicht aber an den somatoformen Störungen. An die Verflechtung vieler Autoren von Leitlinien zu den Depressionen mit der Pharmaindustrie sei an dieser Stelle erinnert.

Ich gehe zunächst auf die Entstehung der Leitlinien ein: Die Kategorie „somatoforme Störungen“ wurde 1980 in das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen, das DSM III, eingeführt. 1991 ersetzen dann die somatoformen Störungen auch im ICD-10 die bis dahin übliche Kategorie 306 des ICD-9, nämlich die körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs. Die somatoformen Störungen schlossen nun die zuvor gesondert aufgeführte hypochondrische Neurose mit ein.

Das Ergebnis dieser Arbeit wurde damit honoriert, dass das Autorenteam im November 2000 mit dem DKV-Cochrane-Preis für hervorragende wissenschaftliche Arbeiten zur evidence-based medicine ausgezeichnet wurde. Die Psychosomatik hatte damit im Kanon der Fächer eine Duftmarke im Hinblick auf ihre Wissenschaftlichkeit gesetzt, was auch ein wesentliches Ausgangsmotiv für die Erarbeitung psychosomatischer Leitlinien gewesen war.

Nun zu den Inhalten: Die Darstellung der neun Leitlinien somatoforme Störungen umfasst 66 Seiten, daran schließen sich weitere 190 Seiten so genannter Quellentexte zu den einzelnen Leitlinien an. Ich will wesentliche Inhalte anhand der Leitlinie somatoforme Störungen 1 – also der Leitlinie, die einen Überblick gibt – veranschaulichen. Diese Leitlinie beschäftigt sich zunächst mit der Definition, Klassifikation und den Beschreibungsdimensionen soma-

toformer Störungen und dann in einem zweiten Teil mit Handlungsempfehlungen für Diagnostik und Therapie. Ich beginne mit diesem zweiten Teil, der nach folgenden Versorgungsebenen gegliedert ist:

- ambulante und stationäre Primärversorgung
- ambulante und stationäre Fachpsychotherapie

Abschließend werden häufige allgemeine Fehler in der Diagnostik und Therapie von Patienten mit somatoformen Störungen beschrieben.

Um Ihnen einen Eindruck zu geben, zitiere ich einige der Handlungsempfehlungen für die ambulante Primärversorgung:

Vorgeschlagen wird etwa:

- der hinreichend sichere Ausschluss organischer Ursachen der Beschwerden

- das Erkennen einer somatoformen Störung, d. h. die Diagnose sollte explizit gestellt werden; die Zuordnung zu speziellen Unterformen ist nicht zwingendes Ziel primärärztlicher Diagnostik

- das Erfragen der Ursachenüberzeugung des Patienten: dies gibt wichtigen Aufschluss über zu erwartende Interaktionsprobleme

- die diagnostische Erfassung psychischer Faktoren sollte schon bei ersten Hinweisen darauf erfolgen, dass die Beschwerden nicht ausreichend organisch begründbar sind, und nicht erst nach Abschluss aller notwendigen organmedizinischen Untersuchungen

- Interventionen zu psychosozialen Aspekten: wenn, dann eher beiläufig, am Rande, dem Krankheitsverständnis des Pat. angemessen; usw., usw.

Das soll genügen, Ihnen einen Eindruck von der Konkretheit des zweiten Teils der Leitlinien, von den Handlungsanleitungen, zu vermitteln. Implizit ist in diesen mehrfach enthalten, dass der Arzt mit seinem Vorgehen und seinen Interventionen den Weg zu einer gemeinsamen Wirklichkeit erleichtern und nicht vor-schnell verbauen sollte.

Nun zum ersten Teil der Leitlinien, zur Definition, Klassifikation und den Beschreibungsdimensionen. Dieser erste Teil ist insofern besonders interessant, weil er einen Modellwechsel gegen-

über der vorangegangenen Version der Internationalen Klassifikation der Krankheiten bedeutet. Im bis 1991 gültigen ICD-9 wurden die somatoformen Störungen als körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs bezeichnet, und in der entsprechenden Fachliteratur wurden unter psychischem Ursprung die klassischen neurotischen Konflikte verstanden. Das Modell beinhaltete die Vorstellung, dass der jeweilige neurotische Konflikt mit Hilfe von Körpersymptomen ins Unbewusste abgewehrt würde und dass dadurch seelische Beeinträchtigungen, insbesondere Angst und Depressivität reduziert würden. Das Vorliegen von psychogenen Körperbeschwerden müsste danach mit einem geringen Ausmaß von Depressivität oder Ängsten einhergehen. Einer der Autoren der Leitlinien, Henningsen, konnte in seiner Habilitationsschrift 2001 nachweisen, dass mit zunehmender Anzahl und Dauer somatoformer Beschwerden Depressionen und Ängste aber ganz im Gegenteil zunehmen, also nicht durch einen Abwehrvorgang reduziert werden. In den Leitlinien wird dies nicht explizit erwähnt und bewertet, es heißt dazu nur, dass Patienten mit somatoformen Störungen in einem hohen Maß depressive bzw. Angstbeschwerden aufweisen. Weiter wird darauf verwiesen, dass die psychischen Beschwerden nicht im Vordergrund des Krankheitserlebens stehen und dass die Patienten belastende Lebensereignisse häufig ohne das dazugehörige emotionale Belastungserleben benennen. Neben dieser ersten Dimension des emotionalen Disstress in Form von Depressivität und Ängsten schlagen die Leitlinienautoren vor, bei allen somatoformen Störungen als zweiten Dimension die Ursachenüberzeugung bzw. die Krankheitsbefürchtung - das bezieht sich auf die Hypochondrie - und als dritte Dimension das Krankheitsverhalten, insbesondere das Ausmaß der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, zu erfassen. Genauso beiläufig werden in der Leitlinie die neuen Modellvorstellungen zur Ätiologie bzw. zur

Pathogenese der somatoformen Störungen eingeführt. In der Leitlinie selbst wird dieser Punkt explizit gar nicht erwähnt. Verwiesen wird in einem elfzeiligen Absatz lediglich auf die Bedeutung der biographischen Belastung, z. B. durch niedrigen sozioökonomischen Status der Herkunftsfamilie, Scheidung der Eltern, Verlust eines Elternteiles, sexuelle Traumatisierungen oder körperlichen Missbrauch.

Im Quellentext zu der Leitlinie somatoforme Störungen 1 gibt es dann einen Abschnitt zur spezifischen Ätiopathogenese somatoformer Störungen. Die Autoren unterscheiden I. interpersonelle, II. soziokulturelle und III. individuelle Faktoren. Zu den interpersonellen Faktoren zählen die Autoren beispielsweise das Nichterkennen psychischer Beschwerden sowie Überdiagnostik und Übertherapie durch Ärzte, zu den soziokulturellen Faktoren den „Kampf um Legitimität“ medizinisch nicht richtig erklärter Beschwerden. Dann werden vier individuelle Faktoren aufgeführt:

1. Traumatisierungen in Form von körperlichen Misshandlungen oder sexuellen Übergriffen.
2. Somatoforme Beschwerden in der Familie und in der eigenen Kindheit,
3. Alexithymie, die so genannte Unfähigkeit, Gefühle zu erkennen und zu benennen,
4. Bindungsstörungen oder Grundkonflikte.

Statt klassischer neurotischer Konflikte sind also aufgrund der aktuellen Befundlage, wie im Quellentext dargestellt, eher mit strukturellen Problemen assoziierte Einschränkungen für die Entwicklung somatoformer Störungen ätiologisch relevant.

Ebenfalls nur im Quellentext zur Leitlinie stellen die Autoren auch die im ICD-10 vorgenommene Kategorisierung der somatoformen Störungen in Frage. Sie zeigen, dass Patienten, die die Kriterien einer somatoformen Störung erfüllen, dies häufig auch für eine weitere somatoforme Störung tun, wenn man nur gezielt danach fragt.

Fibromyalgie-Patienten - die Autoren rücken die Fibromyalgie in die Nähe von F45.4, also der

anhaltenden somatoformen Schmerzstörung - Fibromyalgie-Patienten also weisen beispielsweise zu 70% Symptome eines chronischen Erschöpfungssyndroms, zu 75% die eines temporomandibulären Schmerz-Dysfunktions-Syndroms, zu 32-80% die eines Colon irritabile und zu 55% die einer multiplen Chemikalienüberempfindlichkeit auf. Die Autoren schlussfolgern, dass „spezifische funktionelle Syndrome in einem wesentlichen Sinne nicht verschiedene Krankheitsbilder sind, sondern am ehesten Artefakte der spezialisierten Versorgung einerseits, Ausdruck unterschiedlicher Erklärungsmodelle von Behandlern und Patienten für letztlich unspezifische Beschwerdekomplexe andererseits“.

Die Autoren gehen aber noch nicht so weit wie Henningsen in seiner ein Jahr vor den Leitlinien verfassten Habilitationsschrift, der vorschlägt, somatoforme Körperbeschwerden nicht mehr verschiedenen Krankheitskategorien zuzuordnen, sondern sie als eigenständige Primärdimension neben Angstbeschwerden und depressiven Beschwerden aufzufassen. Er schlägt statt der kategorialen Ordnung des ICD-10 also vor, die Entwicklung von Körperbeschwerden neben Ängsten und depressiven Beschwerden als eine dritte Dimension menschlichen Leidens aufzufassen.

Insgesamt spiegeln die Leitlinien somatoforme Störungen und die zugehörigen Quellentexte also einen in mehrfacher Hinsicht bemerkenswerten Modellwechsel wider:

Statt eines aufzudeckenden neurotischen Konfliktes werden Traumatisierungen, somatoforme Beschwerden in der Primärfamilie und in der Kindheit, Alexithymie und Bindungsstörungen oder so genannte Grundkonflikte als ursächlich angesehen. Für die psychotherapeutische Behandlung dieser Patienten impliziert das einen Wechsel von einem konfliktbezogenen Vorgehen hin zur strukturbezogenen Psychotherapie, wie sie Rudolf, einer der Mitautoren der Leitlinien somatoforme Störungen, 2004 ausführlich formuliert hat.

Abschließend noch ein Hinweis auf einen weiteren interessanten Vorgang: Im Vorfeld unserer Modellwerkstatt hat mir Bernd Hontschik die Leitlinien zur psychosomatischen Medizin in einer Version vom 09. April 2008 zukommen lassen, wie sie eine hausärztliche Leitliniengruppe in Hessen erarbeitet hat. In diesen Leitlinien wird auf immerhin sieben Seiten explizit auf die somatoformen Störungen eingegangen, ohne dass die sechs Jahre zuvor von Henningsen und Mitarbeitern (2002) veröffentlichten Leitlinien berücksichtigt werden. Somatoforme Störungen werden von den hessischen Hausärzten eher als „Ausdrucks-erkrankungen“ im Sinne des Vorgängermodells des ICD-9 beschrieben, das neurotische unbewusste Konflikte als ursächlich ansieht. Der direkte Bezug zu Traumatisierungen, Bindungsstörungen oder Alexithymie wird nicht hergestellt. Diese Leitlinien von 2008 fallen also in wichtigen Punkten vor den Stand von 2002 zurück.

Leitlinien somatoforme Störungen und das Modell der Integrierten Medizin

Ich komme nun zum dritten Abschnitt meines Vortrags, nämlich zur Frage, wie sich die Leitlinien somatoforme Störungen und unser Modell von Integrierter Medizin zueinander verhalten. Wie ist hier der Zusammenhang oder Widerspruch von standardisierter Medizin und individueller Wirklichkeit? Und können die Leitlinien somatoforme Störungen Leid auf Patientenseite lindern?

Ich beschränke mich auf sechs Antworten mit vorläufigem Charakter bzw. sechs Thesen, in der Hoffnung, dass diese die Diskussion auf unserer Modellwerkstatt anregen.

1. Die Leitlinien wurden zu einem Zeitpunkt formuliert, als neue Befunde einen Modellwechsel im Hinblick auf wesentliche Aspekte der somatoformen Störungen erforderlich machten. Aus Sicht der Integrierten Medizin wird Wirklichkeit nicht abgebildet, sondern konstruiert. Die Bewährungsprobe neuer Konstruktionsmöglichkeiten besteht dann darin, ob sie besser geeignet sind, die Probleme der Pati-

enten einer Lösung zuzuführen. Diese Frage ist für die in den Leitlinien vorgeschlagenen Modelle m. E. eindeutig mit „ja“ zu beantworten: So erleichtern es beispielsweise die neuen Vorstellungen zur Ätiopathogenese somatoformer Störungen, hilfreiche gemeinsame Wirklichkeiten mit den Patienten zu konstruieren: Statt deren Verhalten als Inszenierungen im Rahmen eines neurotischen Konfliktes aufzufassen, womit diese Patienten regelhaft überfordert sind, folgt aus dem neuen Modell ein strukturbezogenes Vorgehen, z. B. eine Focussierung auf Gefühlswahrnehmung und Gefühlsausdruck, bei anderen Patienten ein traumatherapeutisches Vorgehen.

2. Aus Sicht der Akademie für Integrierte Medizin sind die somatoformen Störungen u. a. deswegen besonders interessant, weil sie nach den Formulierungen des ICD-10 die einzige Erkrankungsgruppe sind, bei denen Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Beziehung zum diagnostischen Kriterium werden. Diese Schwierigkeiten beruhen insbesondere darauf, dass eine gemeinsame Wirklichkeit zur Art der vorliegenden Gesundheitsstörung mit den meisten Patienten anfänglich, bei einem relevanten Anteil sogar dauerhaft nicht oder nur ansatzweise herstellbar ist.

An verschiedenen Stellen betonen die Leitlinien diesen Aspekt und geben Hinweise, wie die Herstellung gemeinsamer Wirklichkeiten von Arzt und Patient erleichtert werden kann. Ein Grundsatz der Integrierten Medizin ist von daher in den Leitlinien in gewisser Weise berücksichtigt.

3. Integrierte Medizin hat danach die Aufgabe, die galileischen Wissenschaften der positivistischen naturwissenschaftlichen Medizin und die so genannten Indizienwissenschaften zusammen zu führen. Bei psychogenen Erkrankungen wie den somatoformen Störungen ist diese Zusammenführung aber nicht so einfach wie bei Diabetes mellitus oder anderen organischen Erkrankungen.

Man kann nämlich die Pathogenese und die Behandlung bei den somatoformen Störungen mit dem Paradigma der trivialen

Maschine bzw. des offenen Systems allein nicht so weitgehend verstehen wie etwa beim Diabetes. Entsprechend gibt es hier kein vergleichbares „Faktenwissen“, das mit dem wissenschaftstheoretischen positivistischen Paradigma der so genannten naturwissenschaftlichen Medizin bzw. mit den galileischen Wissenschaften allein zu gewinnen wäre.

4. In unseren reflektierten Kasustiken unterscheiden wir die Geschichte einer Krankheit, die Geschichte eines Kranken und die Geschichte einer Arzt-Patient-Beziehung. Gerade letztere ist für das Verständnis von Patienten mit somatoformen Störungen besonders hilfreich: Denn oft sind die Enttäuschung und der Ärger über vorbehandelnde Ärzte diejenigen Affekte, die somatoform Erkrankte am besten wahrnehmen können und über die sie initial am besten therapeutisch erreichbar sind. Schwierig kommt mir hingegen die Trennung der Geschichte einer Krankheit und der eines Kranken vor: Wie soll man diese beiden Geschichten voneinander abgrenzen, wenn die spezifische Ätiopathogenese bei den somatoformen Störungen z. B. belastende Kindheitserfahrungen, Traumatisierungen oder Bindungsstörungen umfasst?

5. Ganz grundsätzlich ist damit auch zu fragen, ob bei psychogenen Erkrankungen wie den somatoformen Störungen ein Vorgehen überhaupt sinnvoll ist, das auf die Störung fokussiert und nicht auf die Person. Die psychodynamische Psychotherapie konzentriert sich jedenfalls quer zur Symptomatik, die die diagnostische Zuordnung nach ICD-10 bestimmt, auf die individuelle Geschichte des einzelnen Patienten, seine Biographie, auf sein Narrativ. Ob dann eine Somatisierungsstörung vorliegt, eine somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems oder eine Depression oder eine Angststörung ist für dieses Vorgehen nur in dem Sinne entscheidend, dass der Patient sich mit jeder Art von Symptomen und Einschränkungen angenommen fühlen sollte. Die Qualität beruht in der psychodynami-

schen Psychotherapie vor allem auf dem hochspezialisierten Umgang mit der individuellen Situation des Einzelnen. Vor diesem Hintergrund sind bei den psychogenen Erkrankungen Leitlinien grundsätzlich nicht unproblematisch, die - wie im Medizinsystem derzeit gefordert - allein krankheits- bzw. störungsbezogen erarbeitet werden.

6. Insgesamt hatten wir in Glotterbad wie gesagt aus meiner Sicht die Frage, ob Leitlinien Leid lindern, für den Diabetes mellitus halbherzig mit „ja“ beantwortet. Bei den somatoformen Störungen fällt das „ja“ aus meiner Sicht sehr viel klarer aus. Der Hauptgrund für diese Einschätzung ist, dass das in den Leitlinien somatoforme Störungen gebündelte Wissen gegenüber früheren Vorstellungen Wirklichkeitskonstruktionen er-

möglicht, die deutlich besser geeignet sind, die Probleme der Patienten Lösungen zuzuführen. Sowohl für die primärärztliche Versorgung als auch für die Fachpsychotherapie sind die neuen Vorstellungen zur Ätiopathogenese und die gezielt für beide Versorgungsebenen gegebenen Handlungsanweisungen nach meiner persönlichen Einschätzung als Psychosomatiker außerordentlich hilfreich - bei einer Gruppe von Erkrankungen, bei denen die Unmöglichkeit, eine gemeinsame Wirklichkeit von Arzt und Patient herzustellen, zu den diagnostischen Kriterien gehört. Somit wird der Widerspruch zwischen standardisierter Medizin und individueller Wirklichkeit durch die aktuellen Leitlinien somatoforme Störungen eher reduziert als vergrößert.

Auch die Gefahren der Einengung ärztlicher Vorgehensweisen bzw. der Kontrolle durch die Kostenträger sind bei den somatoformen Störungen und dem Diabetes mellitus aus meiner Sicht nicht vergleichbar - vielleicht muss man vorsichtshalber sagen: noch nicht.

Schließlich muss man derzeit aber auch registrieren, dass gute Leitlinien kein Garant dafür sind, dass sich die Versorgung in Richtung der darin geforderten Standards bewegt: Die kürzlich vorgenommene Reduktion der Vergütung der „Psychosomatischen Grundversorgung“ im kassenärztlichen Abrechnungssystem entzieht den Hausärzten die wirtschaftliche Basis dafür, sich tatsächlich Leitlinien gerecht zu verhalten.

Hintergründe und gesundheitspolitisches Umfeld der Entstehung von Leitlinien

Nachbereitung in Zusammenschau des Vortrages und der anschließenden Diskussion am 26.09.2008

Anna Staufenbiel-Wandschneider

Leitlinienmedizin und die Weiterentwicklung unserer Vorstellung, was eine integrierte Medizin ist - gibt es da eine inhaltliche Verbindung oder muss eher eine dezidierte Abgrenzung formuliert werden?

Im Nachklang der zwei Werkstatt-Treffen der Uexküll-Akademie im Jahr 2008, in denen wir uns mit der Frage nach der Bedeutung von Leitlinien im Zusammenhang vom „Lindern von Leid“ befasst haben, unternehme ich den Versuch, mir über die aufgeworfenen Fragen klarer zu werden. Es ist wirklich ein Versuch. Mir fällt auf, dass ich regelmäßig beim Nähern an das Thema Leitlinien einen Gedankenwirbel erlebe, als wenn sich jeder halbwegs klare Gedanke gleich wieder verwischt und entzieht.

Mich interessiert beim Thema „Leitlinien“ zweierlei. Einerseits denke ich an besonders einprägsame Erfahrungen die zur Entwicklung einer eigenen Auffassung von ärztlichem Tun halfen. Ich stand damals an Scheidewegen, die mir bewusst machten, wie schwer es ist, ohne „Leitung“ zu sein und wie sehr ich mich danach sehnte, mich ganz

sicher zu fühlen. Des Weiteren bedauere ich oft den Mangel an ärztlichem Austausch über die Routinen des Alltags. Anders ausgedrückt, ich habe die idealisierte Vorstellung in mir, dass die Summe des alltäglichen Tuns ein Gütesiegel abgeben würde, so in dem Sinne: „Wir machen es so, weil es so gut ist, und es ist gut so, weil wir es so machen.“

Zunächst drei Beispiele zum ersten Punkt.

1. Als junge Hausärztin 1985 betreute ich eine Frau von 45 Jahren, die an einem Colon-Carcinom operiert worden war. Die Klinik, in der sie behandelt worden war, schrieb sie alle halbe Jahr an und forderte sie auf, zur Coloskopie zu kommen. Beim 3. Brief kam sie zu mir und suchte Rat. Sie wolle da nicht hingehen. Sie erzählte mir von ihrem Ferienhaus an der Bucht bei Abenra, sie wollte den Sommer

an diesem Ort ihrer Sehnsucht und des Wohlbefindens verbringen. Ich sollte ihr als Verbündete dienen, die sie in der anwachsenden Ablehnung stärkte, sich nicht weiter unter Kontrolle fühlen zu müssen. Noch bis heute ist mir unvergessen, wie es mir damit ging, dass ich mich ihr so zur Verfügung stellte. Meine Schuldgefühle und die Angst, etwas versäumt zu haben, behielt ich für mich. Ich hatte wirklich Angst um meinen guten Ruf. Frau R. hatte im Jahr darauf Lebermetastasen und starb gut begleitet von ihrer Tochter und ihrem Mann zuhause. In meiner Erinnerung sehe ich mich als junge Hausärztin, die sie bei Hausbesuchen versorgte. Sie ertrug die ärztlichen Eingriffe ruhig und unbeirrt, auch als sie wegen einer Subileusituation einen Anus praeter angelegt bekam. Damals hatte ich Verzweiflung gespürt, selber immer wieder gezweifelt an meiner Entscheidung, die

Kontrolluntersuchungen aussetzen. Mich quälte die Frage, woher sollte ich als Ärztin nur wissen, was richtig war?

Im Kontext der Grundsatzfragen zur Versorgungsrealität und der so genannten Reformen ist das die Frage: Wie erkenne ich als Ärztin Unterversorgung, Überversorgung und Fehlversorgung?

2.

Auf einer Ferienreise erkrankte eine Frau mit den Zeichen einer Stenokardie, im Krankenhaus wurde ein Hinterwandinfarkt gesichert. Da wir im Norden Europas waren, wo die Dichte an Coronarangiographieplätzen nicht der von Hamburg entsprach, wurde sie medizinisch stationär, nicht invasiv behandelt. Ich empfand die Situation als Begleiterin als gut, denn die Betreuung war ärztlich kompetent und zugewandt. Als sie nach fünf Tagen aus der Klinik entlassen wurde, „durfte“ ich sie im Auto nach Hamburg fahren. Damals (1991) war es in Hamburg üblich, dass auch in der Infarktsituation akut angiographiert wurde. Es war aber noch nicht üblich, nach fünf Tagen entlassen zu werden. Zum Glück (für mich und meine Angstdämpfung) wusste ich, dass z.B. in England schon lange Frühmobilisierung üblich war und Herzinfarktpatienten nicht vier Wochen hospitalisiert wurden. Die Reise verlief gut und ein mutiger Hausarzt übernahm die Betreuung ambulant.

Die Krankenhauserfahrung in Dänemark war insgesamt gut gewesen, es gab z.B. im Kurvenblatt auf der Intensivstation, das neben dem Bett lag, eine Rubrik, in die Patienten selbst etwas zu ihrem Befinden eintragen konnten.

Damals wurde mir klarer, dass jedes Land seine Behandlungsgewohnheiten hat. Ob ein Vergleich der Ergebnisse etwas Sicheres bezüglich der Vor- und Nachteile der Gewohnheiten für die Genesung von Kranken erbringen würde?

Forschte überhaupt jemand daran?

3.

Als meine Mutter mit 83 Jahren wegen ihrer Coxarthrose immer gehbehinderter wurde, empfahlen die hinzugezogenen Opera-

teure die Endoprothese als Therapie der Wahl. Die individuelle Klärung, ob sie emotional und in ihrer inneren Einstellung diesem Eingriff gewachsen sein würde, erfolgte nicht. Meine eigenen Einsichten in das so störanfällige Beziehungsgeschehen zwischen Körpergefühl, Lebenseinstellung und endoprothetischer Versorgung waren 1992 noch unterentwickelt (was mir nicht bewusst war). So musste ich am Misslingen dieser ärztlichen Behandlungsabfolge, die meine Mutter durch 5 Krankenhäuser und nach mehr als einem Jahr zum Streben führte, vieles lernen. Was nützen Indikationsstellung, die dem Standard entsprechen und auf dem vielleicht besten Stand medizinischer Behandlungstechnik sind, wenn eine Patientin nicht zum Therapiekonzept passt?

In meinem heutigen Praxisfeld der Psychoonkologie eröffnet sich mir ein Zugang zum inneren Erleben, das Menschen in der Patientenrolle haben. Ich höre Menschen zu, die im Zusammenhang mit dem Entdecken eines Krebses viele - sowohl leidvolle, unerträgliche als auch tief bewegende, ihnen haltgebende - Erfahrungen machen.

Ich stelle mir beim Zuhören oft die Frage: was ist bei der Diagnostik und bei den Behandlungen gut und ausreichend gut genug? Im Bereich der onkologischen Diagnostik und Therapie ist heute Vieles fast gleichförmig, was die ärztlichen Inhalte betrifft. Aber was ist medizinisch notwendig zu nennen? Ist es eigentlich genügend erforscht, und woran würde sich das „genügend gut“ messen lassen.

Zum Beispiel bei der Behandlung von Frauen mit Brustkrebs ist es unbestritten so, dass eine große Gruppe mit Chemotherapie behandelt wird, ohne davon zu profitieren. Aber bislang gibt es keine Kriterien dafür, diese überbehandelten und eigentlich geschädigten Frauen von denen zu unterscheiden, die infolge der Chemotherapeutika tatsächlich eine Heilung oder eine verbesserte Prognose haben. Mich beunruhigt auch immer die Art unserer „Nachsorge“. Im Bereich der so genannten Nachsorge werden Menschen viele Jahre

lang mit eingreifenden Untersuchungen, die Angst auslösen, einer Kontrolle unterworfen, deren medizinischer Nutzen fragwürdig ist. Wo sind die Forschungsansätze, die praxisnah etwas davon abbilden, wie durch diese ärztlichen Konstruktionen, dass vierteljährliche Befundkontrollen nützlich sind, das Familienleben und das alltägliche Selbsterleben von Menschen einschneidend verändert und beherrscht wird?

In Abwandlung von M. Balints Beschreibung von 1961 (in *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*) *„es wurde schon mehrfach erwähnt, dass die Ärzteschaft etwa in den letzten Jahren die Patienten, ja die Bevölkerung der westlichen Welt erfolgreich darauf trainiert hat, eine routinemäßige Untersuchung zu erwarten und sich ihr ohne viel Verlegenheit und Furcht zu unterziehen“* möchte ich anfügen, *die Ärzteschaft hat viele Menschen darauf trainiert, sich als bedroht und gefährdet zu sehen und sich deshalb der Kontrolle durch Apparate zu unterwerfen. Das Ergebnis dieses Trainings ist, dass ein „Gefühl von Sicherheit“ besser von Absicherung hergestellt wird, das der metaphysisch unbehaute moderne Mensch im Angesicht der Ungewissheit des Lebens „braucht“*. Genauer gesagt, er wird auch trainiert, dieses zu brauchen, dabei wird die Entfremdung von eigenen Körpersignalen und eigenem Wissen darum, wie es um einen bestellt ist, vertieft und verfestigt.

Nach diesen Vorbemerkungen komme ich zum Thema Leitlinienentwicklung und der gesellschaftliche Kontext. Zunächst eine gültige Definition: „Nach der international anerkannten Definition des US amerikanischen Institute of Medicine handelt es sich bei Leitlinien (clinical practice guidelines) um systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Ärzte und Patienten, die eine dem Einzelfall angemessene gesundheitliche Versorgung ermöglichen sollen. Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, systematisch und evidenzbasiert entwickelt, von denen individuell begründet ab-

gewichen werden kann. Kernaufgabe von Leitlinien besteht in der Reduktion unerwünschter Qualitätsabweichungen der Versorgung und in einer Anhebung des Qualitätsniveaus auf einen höheren, normativen Erwartungskorridor.

Ziel von Leitlinien ist die Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, die sich auch in den sogenannten Outcomes – das sind Mortalität, Morbidität und Lebensqualität – niederschlagen soll. Womit soll das erreicht werden?

- Abbau von Über - Unter und Fehlversorgung
- schnellere und vollständigere Umsetzung von wissenschaftlich gewonnenen Informationen in den Praxisalltag
- verbesserte professionen -, institutionen - und sektorenübergreifende Kooperation an den vielfältigen Schnittstellen der Versorgung

Ich möchte nun einiges hinzufügen, das vielleicht zur Orientierung hilft, um mich dann der Frage zu nähern, wie die Fragen der AIM dazu passen oder auch nicht.

Das Phänomen „Leitlinien“ im Bereich der Krankenversorgung taucht im öffentlichen Diskurs in Deutschland innerhalb der Jahre 1995 auf. Wie kam es dazu? (Anmerkung: Ich versuche die Formel „Gesundheitswesen“ oder gar „Gesundheitsversorgung“ in meinem Vortrag möglichst zu vermeiden soweit sie nicht in den Zitaten oder Namen vorkommt.) Für Ärzte wurde die Indikationsstellung für Untersuchungen und Behandlungsentscheidungen innerhalb der Jahre seit Einführung von Sonographie, CT, NMR und der Erweiterung der Labordiagnostik unübersichtlicher, vom Ausbildungsstand und dessen Qualität abhängiger und den Einflüssen der Werbung immer ausgelieferter. Zufällige, irrationale und intuitive Einflüsse bekamen m.E. eine immer bedeutsamere Rolle.

Für alle Beteiligten, nicht nur für die Ärzte, sondern auch die Kostenträger, die Angehörigen aller medizinischen Berufe und die Kranken und ihre Angehörigen wurde die Aufgabe der Bewertung von Indikationsstellungen

sowohl für diagnostische Eingriffe als auch für Behandlungsentscheidungen immer komplexer. Der „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“, hatte in seinem Gutachten des Jahres 1995 der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) empfohlen zur Verbesserung und zur Vermeidung nicht indizierter Leistungen die Entwicklung von Leitlinien voranzutreiben und zu koordinieren. Es entstanden hunderte von Experten - und Konsensusleitlinien. Diese gelten als meinungsbasierte Leitlinien und heute aus methodischer Sicht als überholt (*OBST = old boys sitting together*).

Das Konzept der evidenzbasierten Leitlinie gewann an Bedeutung. Als Begründung wird genannt, dass es dem Anliegen, bei der Formulierung von Handlungsempfehlungen von Einflüssen des Zufalls und von der Auswirkung von systematischen Fehlern (bias) möglichst frei zu sein am besten gerecht werde.

Kurze Einführung zum Begriff: EVIDENZ basierte MEDIZIN:

Zeitgleich mit dem Beginn der „Leitlinien-Entwicklung“ wurde diese Konzeption publiziert. Sackett 1999: *„EbM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.“* Basis dieses Wissenschaftsverständnisses ist die Arbeit von Archie Cochrane, einem britischen Epidemiologen. Dieser publizierte 1972 das Buch: *„Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services“*. er definierte die Levels of Evidence:

- 1a: Metaanalysen von RCS liegen vor
- 1b: einzelne RCS liegen vor
- 2a: einzelne gut geplante nicht RCS liegen vor
- 2b: einzelne gut geplante quasi experimentelle Studien liegen vor

- 3: gut geplante, nicht experimentelle, deskriptive Studien liegen vor
- 4: nach Expertenmeinung oder von Konsensuskonferenzen ausgehend

In Deutschland wurde der Begriff von dem Sozialmediziner David Klemperer 1995 erstmals publiziert. Gemeint sei: *„jede Form von medizinischer Behandlung, bei der patientenorientierte Entscheidungen ausdrücklich auf der Grundlage von nachgewiesener Wirksamkeit getroffen werden.“*

Heiner Raspe, Sozialmediziner in Lübeck kommentiert die Entwicklung in den 90iger Jahren folgendermaßen: EbM machte in Deutschland vor allem „Karriere“ im Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung, d.h. dem Begriff der „evidenz basierten Versorgung“. EbM konnte unter diesen Bedingungen kaum als das wahrgenommen werden, was sie historisch gewesen ist: eine intraprofessionelle Entwicklung der Selbstvergewisserung und Selbstregulierung der Medizin.

Ich bin sehr für die Selbstvergewisserung der Medizin(erinnen) untereinander und für das Kultivieren eigener Fragen an die eigene Praxis.

Für staatliche oder institutionelle Übergriffe in die ärztliche Praxis bin ich nicht.

Wenn jedoch die „Selbstregulierung“ von Ärzten und ihren Institutionen so vernachlässigt wurde, wie das seit langem geschah und m.E. zu beklagen ist, dann sind diese politischen Übergriffe auch als reaktiv zu sehen und sollten nicht nur kritisiert werden, ohne gleichzeitige innerärztliche Selbstkritik.

Diese Konstellation macht die Positionsfindung so schwierig. Denn die konsequente Auseinandersetzung mit dem bei der empirischen Forschung benutzten Begriff der Evidenz ist mir als AIM-lerin ein eigenes Anliegen, ich würde es gern von der Leitlinien-Frage abtrennen. Es scheint mir unvermeidlich so, dass die reduktionistischen Forschungskonzepte, die zugrunde gelegt werden, wenn empirisch geforscht wird, die Versorgungswirklichkeit völlig ungenügend abbilden. Daraus müsste eigent-

lich folgen, dass wir uns mehr für Versorgungsforschung im integrierten Sinne interessieren und stark machen - oder?

Wie steht es um die Versorgungsforschung

Wir benutzen Begriffe wie Über-Unter- und Fehlversorgung in der Diskussion. Beispiel sind jedem geläufig. Wie sichern wir ihren Inhalt, stellen wir sicher, dass wir untereinander vom Selben sprechen?

Auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung im Oktober 2008 in Bonn wurde festgestellt, dass „viele (neue) Diagnose- und Therapieverfahren sich zu langsam etablieren, einige aber auch zu schnell.“ Die Finanzierung der Forschung sei nicht breit genug.

Und zusätzlich wird ein gravierendes, ungelöstes Problem darin gesehen, dass auch bei Konsens über einen aktuellen Erkenntnisstand einer bestimmten Methode und der Fassung desselben in Leitlinien, nicht klar ist, wie sichergestellt werden könnte, dass dieser idealtypisch angenommen Konsens in die Praxis umgesetzt werden kann.

Rosenbrock (aus *Medizin und Gewissen* 2006, *Gesundheitssystem und Solidarität*) schreibt dazu: „*es bestehe weitgehende Einigkeit, dass Ärztinnen und Pflegende für ihre Aufgaben eine bessere Schulung brauchen*“; und „*Ursache für Unter-, Über- und Fehlversorgung ist, dass der Qualifikation der NutzerInnen, also der Entwicklung von Kenntnissen und Fähigkeiten von Versicherten und PatientInnen, angemessen mit ihren Problemen umzugehen, viel zu wenig Bedeutung beigemessen wird*“.

Als ich das las, erfasste mich ein Schwindel: Wie und von wem sollte man geschult worden sein, um „gekonnt“ Arzt, Schwester oder Patient, ja sogar Angehöriger zu sein?

Ob die geschaffenen Institutionen dabei nützen können, diesen Fragen näher zu kommen?

Ein Beispiel: Das IQWiG ist ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, das den Nutzen medizinischer Leistungen für den Patienten untersucht. Es wurde im Zuge der Gesundheitsreform am 1.7.2004 als eine Einrichtung der

Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gegründet und ist im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses GBA oder des Bundesgesundheitsministerium tätig. Damit stehen Qualität und Wirtschaftlichkeit auf dem Prüfstand. Das Institut erforscht, was therapeutisch und diagnostisch und sinnvoll ist und informiert Ärzte und Patienten darüber.

Finanziert wird das IQWiG durch Zuschläge für stationäre und ambulante medizinische Leistungen, die überwiegend von der Gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden. Jeder kann sich in den Verteiler eintragen und bekommt regelmäßig die Ankündigungen, welche Themen bearbeitet werden und wann welche Expertisen vorgelegt werden. Es lohnt sich und zeigt, wie komplex die alltäglichen Verordnungen, z.B. von Insulin, die Handhabung von Wundversorgung ect. sind. Die Komplexität nimmt exponentiell zu, wenn der Faktor „so genannte Wirtschaftlichkeit“ hinzugedacht wird und wenn wir uns im Klaren sind, dass der „Medizinbetrieb“ ein großer Markt ist. (Bitte nachlesen: Hans Weiss: „Korrumpierte Medizin“)

Nach Norbert Schmacke fehlt es der Versorgungsforschung an einer Theoriebildung und sie sei in der Gefahr immer nur hinterher zu laufen und abzubilden, was geschieht. Das zentrale Feld für die notwendige Feldforschung müssten die Entscheider und die Wege der Information, wie die neuen Technologien auf den „Markt gebracht“ werden, sein. Schmacke (2004): „*Mit dem Begriff der Versorgungsforschung verbindet sich die Vorstellung, dass Wissenschaft helfen kann, durch ein besseres Verständnis der patientennahen Prozesse innerhalb des hochkomplexen Systems der medizinischen Versorgung innovative Entwicklungen unter der Leitidee von Qualität und Kosteneffektivität möglichst zeitnah und breitenwirksam zu implementieren.*“ D.h., dass die Betreiber dieser Forschung sie vollständig funktionalisieren wollen. Auch wenn ich hoffe, dass kritische Geister auch am Werke sind, woher weiß ich

das? Und wie soll das eine Ärztin im Versorgungsalltag alles im Auge behalten? Diese Überlegungen induzieren bei mir Gefühle von Ohnmacht und Überforderung.

Zusammengefasst:

Die Leitlinienentwicklung ist ein politisch angestoßener Prozess, der Ordnung und Orientierung schaffen sollte. Ross und Reiter wurden zu Beginn nicht genannt: nämlich die Kräfte, die die Entwicklung von technologischen Erneuerungen und pharmakologischen Forschungsrichtungen in der Hand haben und die Marktsegmente und die Profite im Zentrum ihrer Handlungen haben (Ross) und die Reiter, die verordnenden Ärzte, die Ärzte, die Patienten zur Diagnostik motivieren, die Kranken, die als (Be-)Nutzer des Angebotenen für sich Hilfe und Genesung suchen.

Der Versuch, Ordnung zu schaffen, hatte fast ausschließlich gesundheitspolitische Motive. Dagegen spricht zunächst einmal nichts. Die Verteilung der Gelder der Versicherten so zu gestalten, wie es nützlich in mehrerer Hinsicht erscheint und dies einer transparenten, unter anderem auch politischen Kontrolle zuzuführen, ist aus meiner Sicht gesundheitspolitisch dringend erforderlich.

Die bisher benutzten Instrumente sind stumpf, sie vertuschen Zusammenhänge und Abhängigkeiten. Die Akteure, die Leitlinien favorisieren, mussten selbst einsehen, dass ihr Ordnungsinstrument nicht die Überzeugungskraft hat, in der Praxis sich als nützlich zu erweisen. Lediglich für grundlegende Orientierung nutzen Kollegen die Leitlinien. Sobald es um komplexere Fragen geht, z.B. wie die Untersuchungen im Kontext der Krebsnach-sorge zu handhaben sind, können sich Leitlinienbasierte Vorstellungen gegen die Routinen und ihre Mythen nicht durchsetzen.

Es bedürfte gut gemachter sozialpsychologischer Studien um zu erforschen, wie diese Routinen entstehen und welche überleben würden, auch wenn ihre Fragwürdigkeit von den sprichwörtlichen Spatzen von allen Dächern gepfiffen würde.

Nun der Versuch eines Übergangs zu Fragen der AIM:

Mit der Beantwortung der ersten Frage der Reflektierten Kasuistik *Was fällt Ihnen an der Kasuistik auf?* beginnt schon viel mehr Kontextualisierung eines Narrativs, das ein Kollege uns gibt, als mir bislang bewusst war. Erst durch die Beschäftigung mit Leitlinien merke ich nun mehr als früher, wie meine Idee, was bei welcher Klage, bei welchem Symptom, zu bedenken und zu tun sei, ein gesellschaftlich hergestelltes Produkt ist. Also bereits in den Gefühlen und Assoziationen der ersten Frage ist der erlernte individuelle ärztliche Kosmos, den jeder von uns in die Sitzung mitbringt, mit am Tisch. Das zeigt sich bei der Beantwortung der zweiten Frage *Warum ist Ihnen das wichtig?* Hier kommen Erfahrungen und Erlebnisse mit Patienten und im System, in

dem jeder tätig ist, zum Tragen. Sind nicht hier auch schon Budgetfragen, Fragen des Zeitmanagement etc. wirksam? Kurzum, die Beschäftigung mit der Leitlinienfrage hat mir klarer gemacht, wie sehr das ärztliche Handeln im Kontext der Gesellschaft geschieht, in der wir uns auf einem Markt etablieren und halten wollen. Dass diese unvollkommenen Ordnungsinstrumente nichts wirklich Sinnvolles hergeben, außer, dass der Stand, der Studienlage besser zugänglich ist und genutzt werden kann, wundert mich nicht mehr. Dass nicht einmal dieses „Wissen“ von Ärzten so im Interesse von Patienten genutzt wird, wie es der Linderung von Leid angemessen wäre, ist Grund zur Kritik aber auch der kritischen Nachfrage, wie das zu verstehen ist. Es scheint mir notwendig und sinnvoll, dass wir die Reflektion des ärztlichen Tuns (einschließ-

lich des Denkens und Fühlens beim Arbeiten) gleichberechtigt neben die Reflektion der Patientenworte, seiner Gesten, seiner Körperzeichen und seiner emotionalen Botschaften stellen. Das wäre dann eine Ergänzung der bisherigen Form der Kasuistik durch eine reflektierte ärztliche Berufspraxis, die mir dringend geboten erscheint.

Ein Element der ärztlichen Praxis ist das empirisch „gesicherte“ Wissen, wie wir es im Studium lernen und in der Fortbildung von uns kontinuierlich erworben wird. Dieses ist aber nur ein Element neben mehreren anderen, die bedacht werden müssten. Die Fragwürdigkeit dieser Art von Empirie und der gesellschaftliche Kontext ihrer Entstehung dürfte uns bei der Reflexion nicht aus dem Bewusstsein verschwinden.

Bericht der Fallvorstellung und Falldiskussion am 27.09.2008

[die formalen Daten des Patienten sind geändert]

Im Rahmen unserer Leitliniendiskussion zur somatoformen Störung wird ein 33-jähriger Patient vorgestellt.

Der deutlich jünger wirkende Herr X hatte im Laufe der letzten 18 Monate 12 verschiedene Ärzte und zwei Krankenhausaufenthalte hinter sich gebracht, bis ihn schließlich eine neu gefundene Hausärztin in psychosomatische Behandlung überwies.

Dieser Krankheitsentwicklung waren verschiedene Turbulenzen vorausgegangen: Trennung von der Freundin, Abschluss des Studiums, verschiedene Arbeitsaufträge, Entwicklung einer Firma, Beschäftigung mit elterlichem Grundstück. Er sei appetitlos geworden, alles sei wie zugeschnürt gewesen, langsam haben die Schmerzen in verschiedensten Bereichen Besitz von ihm ergriffen. Die Belastbarkeit habe stetig abgenommen, das Gefühl der Überarbeitung und Müdigkeit zu. Maßnahmen, wie Arbeitsreduzierung haben zu nichts geführt. Nachdem die Angst vor schwerwiegender Krankheit durch Untersuchungen ausgeräumt war, sein Konzept der

Überarbeitung sich durch entsprechende Maßnahmen nicht bestätigte, blieb Verzweiflung und er willigte der Überweisung in psychosomatische Behandlung ein.

Zu seiner Vorgeschichte berichtet er: Er sei Einzelkind, Vater, Pensionär, war früher beim Zoll, die Mutter jetzt auch in Rente, war als Bürokräftin beschäftigt. Aus der Kindheit erinnert er, Rachitis gehabt zu haben, dass er als Kind bei Klassenfahrten sehr unter Heimweh und Bauchweh gelitten habe, dass er gerne gebastelt habe, später Modellflugzeuge und ähnliches. Vor neun Jahren rettete er seinen Vater durch beherzte Reaktion das Leben, der akut durch einen Herzinfarkt dekompensiert war. Hier in der Behandlung komme er weiter, besonders in der Einzelpsychotherapie; schwierig sei für ihn die Gruppentherapie, da bleibe er meist stumm, ebenso die konzentrierte Bewegungstherapie, erstaunliche Erfahrungen mache er in der Kunsttherapie, er habe nicht gedacht, dass er durch Malen etwas ausdrücken könne. Nun sehe er seinen Per-

fektionismus, seine Unabhängigkeitsliebe, sein Sicherheitsbedürfnis kritisch.

Am Schluss fragt er sich und uns, warum es für die Ärzte nicht möglich sei sich besser zu koordinieren, sich zu vernetzen, er erhoffe von der „e-card“ den dringend notwendigen Fortschritt.

Die Kasuistik wird anhand des Modells der Baseler Kasuistik, (Frankfurter Version) besprochen:

Kurze Einführung in die Idee der Baseler Kasuistik: Diese Arbeitsweise beinhaltet sieben Arbeitsschritte, Punkt 1-3 schwerpunktmäßig aus der Welt der Zeichenprozesse, Punkt 4- 7 aus der Welt des kommunikativen und pragmatischen Realitätsprinzips. Bei jedem Arbeitsschritt, jeder neuen Runde, kann jeder Teilnehmer zu Wort kommen, zu der Frage seine Einfälle äußern, Dialoge, Diskussionen sind zunächst nicht erwünscht. So entsteht ein neues Bild von dem Fall, wie ein Kunstwerk, das sich aus vielen Mosaiksteinen zusammensetzt.

Es werden nun einige Mosaiksteine des von der Gruppe erstellten Werkes aufgezeigt:

Zu 1. *Was fällt an der Kasuistik auf?* entspricht nicht der Leitlinie, Enge, hohe Konzentration, gründlicher Vortrag, Müdigkeit, Körpersprache wie Atmung, Kratzen, die abgewandte Sitzkonstellation, Aggression, Leere, Heimweh

Zu 2. *Warum ist Ihnen das wichtig?* Verstehen über Körpersprache, Beobachtung des Beziehungsgeschehens, Assoziation mit Beziehung zu Säugling, Bindungstheorie, Defizitsuche

Zu 3. *Was würden Sie gerne noch von dem Patienten wissen?* Wie war seine Kindheit, wie die Beziehungen in der Familie, ob er an eine Familiengründung denkt, hat er in der Therapie geweint, kann er weinen, wie gestaltet

sich seine Partnerbeziehung, wie die Sexualität, wie kam er zur Rachitis, ein Kellerkind?

Zu 4. *Wie würden Sie die Kasuistik auf ihrem persönlichen Hintergrund verstehen?* Emotionale Besetzung des Körpers, Bindungsstörung, ikonische Disbalance, Symbolik der Symptome, Nachreifung, schwer erreichbar durch Behandlung

Zu 5. *Wie würden Sie weiter vorgehen?* Untersuchung der Über- und Unterversorgung, Bewegungstherapie, Körpertherapie, Ressourcen orientierte Autonomiebildung, sicherer Ort, Psychodrama, Gruppentherapie

Zu 6. *Frage an den Moderator (Gisela Volck): Was ist Ihnen durch den Kopf gegangen?* Dissens zwischen Patient und Teilnehmern in Bezug auf „e-card“ könnte dem vom Patienten er-

lebten Nicht-Verstehen durch die 12 Ärzte entsprechen. Patient hält konsequent am „Maschinenmodell“ fest, während die Ärzte bewusst oder unbewusst mit dem kommunikativen Realitätsprinzip arbeiten und so durch dessen Festlegung auf das Pragmatische nicht mit ihm in Berührung kommen. Das entspricht auch dem Leitsymptom in der Leitlinie: negative, nicht gelingende Arzt-Patient-Beziehung.

Zu 7. *Frage an den vorstellenden Kollegen: was machen Sie jetzt mit den Rückmeldungen der Gruppe?* Es habe gepasst, Bestätigung der begonnenen Beziehungsarbeit, der Patient sei inspektionsbereit.

Gisela Volck

Berichte zur AIM Modellwerkstatt Glatterbad 24.-25. April 2009

Gesundheit und Krankheit als Zeichenprozess: Vom biosemiotischen Modell zur klinischen Praxis einer Integrierten Medizin

Im fünften Jahr nach Thure von Uexkülls Tod entstand der Wunsch nach einer kritischen Auseinandersetzung mit dem semiotischen Modellaspekt. In einem gemeinsamen Diskussionsprozess wollen wir uns über unsere unterschiedlichen Zugänge und Fragen zur Biosemiotik austauschen und diese Modellaspekte wie immer mit unserer klinischen Praxis verknüpfen. (Werner Geigges: Einladungsflyer)

Am Freitagnachmittag wurde der Bogen von der Theorie zur Praxis durch drei Beiträge (Thure von Uexküll - eine Videoaufzeichnung, Werner Geigges und Gisela Volck) geschlagen; am Samstagvormittag wurden die semiotischen Aspekte nach einer Fallvorstellung durch Gerlind Leiniger mit Hilfe des Baseler Modells erprobt und diskutiert.

Videopräsentation: Plazebo - ein aufgezeichneter Vortrag von Thure von Uexküll

Auf der Suche nach einer nicht dualistischen Medizin, einer Medizin, die die somatischen, psychischen und sozialen Probleme des Kranken nicht addiert, sondern integriert, ist ein verändertes Modell, fern des biomechanischen entstanden.

Ausgangspunkt ist die Einsicht, dass Beobachtungsergebnisse Ausdruck der Fragestellung des Beobachters sind, dass beobachtende Systeme und ihre Umwelten Ausdruck ihrer biologischen Bedürfnisse und Verhaltensmöglichkeiten sind. Daraus folgt,

dass Realität nicht vorliegt, sondern konstruiert wird.

Das neue Modell definiert die Beziehung zwischen Organismus und Umgebung als Ergebnis von Zeichenprozessen. So sind Symptome Zeichen, sie weisen auf etwas hin und sind nur dann Zeichen, wenn sie eine Bedeutung erteilt bekommen. Zeichenprozesse sind dreigliedrig, sie bestehen aus dem Zeichen, dem Interpretanten und dem Bezeichneten.

Im Modell des Regelkreises entspricht das Symptom dem Istwert, der Sollwert (Interpretant) gibt die Bedeutung.

Organismus und Umwelt bilden ein Ganzes, eine Einheit des Überlebens. Gesundheit ist Passung, Krankheit Passungsstörung. Das Ganze besteht aus Teilen, die noch über Eigenschaften eines Ganzen verfügen, nicht weiter zerlegbar sind, Subsysteme, die wiederum das System in hierarchisch geordneten Integrationsebenen aufbauen. Zellen

sind Subsysteme von Organen, Organe von Organismen. Wie konstruieren Menschen ihre Wirklichkeiten? Sprachen sind die Systeme symbolischer Zeichen, die die beiden einfacheren Zeichenklassen (die ikonischen und indexikalischen) integriert haben. Die drei Zeichenklassen nach Peirce:

Unter Erstheit (Ikon) versteht er dasjenige, dessen Sein einfach in sich selbst besteht. Das entspricht dem empathischen Mitschwingen. Zweitheit (Index) ist ein Sein in Bezug auf ein Zweites. Das entspricht dem kognitiven Erleben. Drittheit stellt die Verbindung

zwischen einem Ersten und Zweiten her. Die ermöglicht Objektkonstanz. Ikonizität ist Selbstreferenz, Intimität. Unter kybernetischen Gesichtspunkten wird die Ikonizität, die Privatheit des Lebendigen, das pragmatische Realitätssystem, erst durch die Überwachung durch ein kommunikatives Realitätsprinzip in die gemeinsame Sache eingebunden.

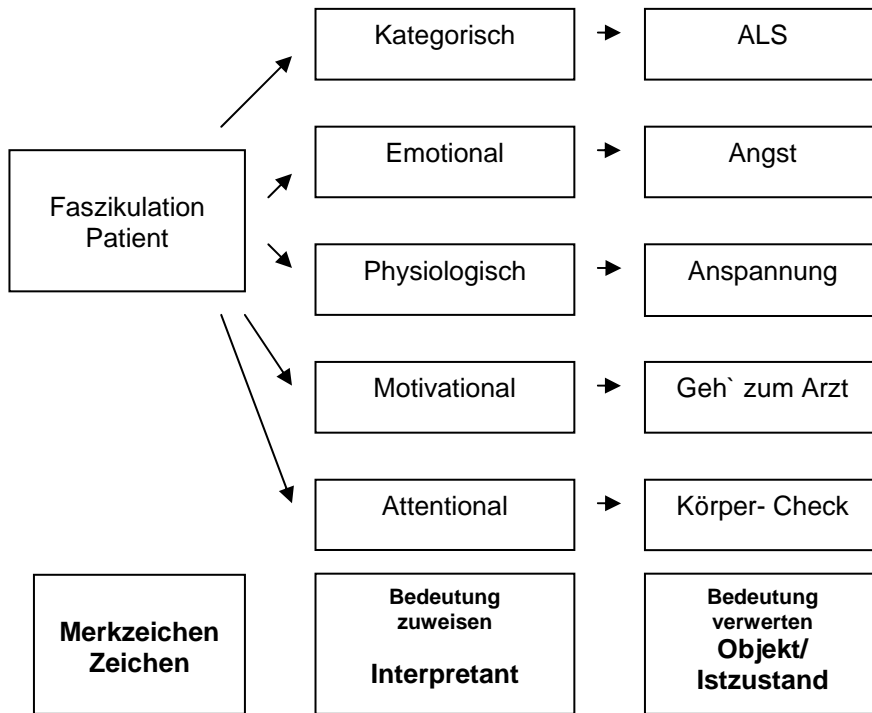
[nach diesen Ausführungen wird die Videopräsentation beendet]

Chancen und Schwierigkeiten des biosemiotischen Modells für eine Integrierte Medizin von Werner Geigges

Auf das zuvor Gesagte aufbauend werden verschiedene Aspekte

aus Klinik, Kommunikation und Neurobiologie aufgegriffen: z.B.

Die Grenzprobleme an den Membranen in der Mikrobiologie.



Ja, der gesamte Konstruktivismus sei ohne die Zeichentheorie nicht vorstellbar. Das Zeichen ist Ganzheit und Verknüpfung (vermittelte Unmittelbarkeit). Es wird auf komplexe Zeichen verwiesen, wie Muster, Rhythmen. Es wird beschrieben wie durch unterschiedliche Interpretanten ein Zeichen zu verschiedenen Realitäten führt und schließlich das Ringen um einen finalen Interpretanten. Interpretanten haben eine Geschichte, d.h. Erfahrungsverwertung. Zeichenprozesse in der Biologie: Mikrosemiosen: z.B. DNA Enzyme Endosemiosen: z.B. ZNS und Immunsystem als Gegenwelt Neurobiologie: z.B. Plastizität mit ihren Zeichenkaskaden, die Spiegelneurone und -systeme auf vegetativer, motorischer emotionaler Ebene Und schließlich werden die zwischenleibliche Resonanz und die intersubjektive Kopplung erwähnt.

Aspekte des Interpretanten: eine Darstellung von Wolf Langewitz
 aus: Kleine Bibliothek der Akademie für Integrierte Medizin, Nr.22
 Wolf Langewitz: Zur Bedeutung semiotischen Denkens in der psychosomatischen Medizin

Semiotik im Praxisalltag

Gisela Volck

[Auszüge aus dem Vortrag]

Nach der vielen Theorie ein Blick in den Praxisalltag und auf die Frage, ob uns da die Semiotik in irgendeiner Weise weiterhelfen kann. Das ist ein Versuch!

Ich nehme eine Konstellation, die mir immer wieder zu denken gibt, die ich schon lange einmal beleuchten wollte. Das ist dann, wenn ich bei meiner Arbeit in der Praxis denke oder gar sage:

*sind denn jetzt
alle verrückt geworden?*

Mein innerer Beobachter sagt *nein*, aber, wie komme ich darauf und was könnte es bedeuten? Ich will eine solche Situation skizzieren, eine kurze Momentaufnahme geben, die Zeichen, die Merk- und Wirkmale, die mich zu solch einer Bemerkung veranlasst haben könnten, gewissermaßen einfangen und mit Ihnen/ Euch schließlich diskutieren.

Es ist ein Donnerstagmorgen, 10.00 Uhr, das Wartezimmer hat sich leicht gefüllt. Außer mir sind drei Mitarbeiterinnen da, meine Kollegin hat ihren freien Tag.



Ich bin auf dem Weg in das Behandlungszimmer, da läuft mir Frau P auf dem Flur hinterher, sie klagt und stellt in den Raum „sie würden solche Schmerzen auch nicht haben wollen“.



Ich werde ans Telefon an der Theke gerufen. Der Sohn der Patientin H ruft an, erklärt, dass sich die Mutter die Pulsadern aufgeschnitten habe, aber verkehrt, ob es richtig sei, dass er den Notarztwagen gerufen habe? Die Mutter halte es nicht aus, dass der Vater Krebs habe.



Noch im Gedanken an diese Mitteilung werde ich ins Labor gewiesen, der nächste Anruf: Frau M bedankt sich für das schnelle Vorgehen in der Diagnostik, die Diagnose laute „Pankreas Carcinom“.



Jetzt weiter in das Behandlungszimmer, eine eingeschobene Patientin: Da sitzt Frau E und weint über den Tod ihrer Katze. Kurze Anteilnahme!



Im Arztzimmer 1 wartet Frau F: sie legt im Gespräch ein Foto ihres blutigen Stuhlganges auf den Schreibtisch
Und im Arztzimmer 2 sitzt Herr E: Seit einigen Monaten ist ein

Tonsillen Carcinom bekannt, jetzt Zustand nach Bestrahlung und Chemotherapie. Alles sei wund und schmerzhaft im Rachen; er wollte trotzdem nicht mit der vorsorglich angelegten PEG- Sonde ernährt werden, da ihn das an das Krankenhaus erinnere.



Nach diesen 6 Begegnungen stehe ich an der Empfangs-Theke, den Kopf auf die Hände gestützt, bei meinen Mitarbeiterinnen und sage:

„sind denn jetzt alle verrückt geworden“

Was ist passiert: aus der Welt eines jeden Patienten in dieser Gesamtszene sind unzählige Zeichen im Praxisraum. Nur die, denen ich eine Bedeutung, bewusst oder unbewusst, erteilt habe, stehen zur Verfügung.


Das in der Gesamtheit betrachtet, zeigt, dass die Verwertung der indexikalischen und der symbolischen Zeichen durchaus dem ärztlichen Auftrag entspricht, zu beraten, zu helfen, zu behandeln und zu heilen: Notarztwagen, Diagnostik, Uniklinik in Kombination mit teilnehmender, verstehender, aufklärerischer Haltung. Dazu gehört auch Abgrenzung und manchmal „nicht alles Verstehen“ (Frau H).

Ein Problem scheinen mir die ikonischen Zeichen in der Verwertung, man scheint darauf sitzen zu bleiben, da gibt es nichts zu reparieren, zu organisieren oder zu verstehen, man fühlt mit, ob man will oder nicht.

Das ist eine hohe Belastung auf ikonischer Ebene, eine Belastung, die in sich selbst besteht, ein schwer verbalisierbares Gefühl, ein Gefühl, das sich der Verarbeitung entzieht.

Meine These ist: der so unpassend erscheinende Satz „sind denn alle verrückt geworden“ ist ein Befreiungsversuch aus der Welt der belastend empfundenen ikonischen Zeichen durch Neudefinition, durch Umdefinition, Neubewertung, Umbewertung oder auch Entwertung des Erfahrenen, eine Infragestellung des Interpretanten. Heißt nicht verrückt sein, einen nicht passenden Interpretanten zu haben. Passt mein Interpretant nicht, bin ich verrückt, oder der der Patienten, dann wären sie verrückt oder ist die Situation einfach so unerträglich, wie sie ist?

Es schloss sich eine angeregte Diskussion an.

| Patient Patientin | Thema, Anlass | Zeichen, Merkmale, Bedeutungseileitung | Wirkzeichen Bedeutungsverwertung |
|----------------------|---|---|--|
| Frau P Flur |  | Schmerz, Verzweiflung, hält mich fest Nähebedürfnis, Wut | Verzweiflung Befreiungsversuch Ablehnung |
| | | Leere, Destruktion Blut Enttäuschung, Wut, Versagen, Unfähigkeit | Leere Notarztwagen Verwirrung |
| | | ----- Pankreas Carcinom Dankbarkeit | Tod Einweisung Uni- Klinik Gesprächsangebot |
| | | Leere Tränen Einsamkeit, Trauer | Leere ----- Anteilnahme |
| | | Stolz blutiger Stuhlgang Grenzüberschreitung | Ekel Colonoskopie Ablehnung |
| Herr E A-Zi 2 | der Rachen ist wund, PEG Sonde, Erinnerung an Kranken- haus, Verweigerung | Angst, Schmerz Ulcera im Rachen PEG- Sonde Ablehnung | Stein im Bauch Anleitung, Erklärung Zuwendung |

Fallvorstellung

[die persönlichen Daten der Patientin sind anonymisiert]

Gerlind Leininger

Geschichte der Patientin:

1950 geboren wuchs sie in einer kleinen Wohnung voller Schimmelpilz in einem Pfarrhaus neben ihrer Schwester mit Vater und Mutter auf. Sie erwähnt eine Missbrauchserfahrung im 15 LJ. Sie heiratete früh, brachte zwei Kinder zur Welt. Als der Sohn 16 Jahre und die Tochter 14 Jahre alt waren, verließ sie ihren Ehemann, er sei Alkoholiker gewesen, immer Psychoterror. Sie lebte in Offenburg, arbeitete beim Zoll und sei glücklich gewesen. Im 38 LJ. lernte sie ihren zweiten Mann kennen, er hatte einen unsicheren Aufenthaltsstatus, sie hielt zu ihm. Sie habe in dieser Zeit intensiv geliebt und gelebt. Zunehmend habe es Probleme mit der Familie ihres zweiten Mannes gegeben, seine Ursprungsfamilie habe die Scheidung erzwungen. Sie halte zu ihm, wünsche aber ihn loslassen zu können.

Der Sohn habe sich zwischenzeitlich in Dänemark ein Leben aufgebaut, die Tochter sei hin und her geworfen worden, Essstörung, Psychiatrie, Heirat eines Alkoholikers, Überwerfung mit ihr, Trennung und Rückkehr zur Mutter. Heute lebe die Tochter

selbstständig. „Sie sei fair mit ihren Kindern“. Ihr Vater starb vor drei Jahren, Erbstreitigkeiten, Testamente, Schwesternkonflikt, Mobbing in der Familie spielten seither eine große Rolle. Die Mutter sei krank, sie pflege sie. Sie bezieht eine Erwerbsunfähigkeitsrente. Früher sei sie sportlich gewesen: Rennrad, Klettern...

Geschichte der Krankheit:

Schon in der Jugend habe sie ständig Atemwegsinfekte gehabt, vermutlich durch den Schimmelpilz in der Wohnung. Sie sagt: „ich war vereitert“. Im 30. LJ sei das Asthma bronchiale endgültig diagnostiziert worden. Wegen der schweren Asthmaanfalle sei sie mehrmals für längere Zeit im Krankenhaus, auch auf Intensivstationen gelegen. 20 Rehabilitationsmaßnahmen seien in Lungen- Sanatorien erfolgt. Vor einer Beinlähmung sei sie durch rechtzeitige Bandscheibenoperation bewahrt worden. Sie leide an grünem Star und Osteoporose im Endstadium. Anlass der Reha-Maßnahme in Glotterbad sei das Asthma bronchiale, VCD (vocal cordes dysfunction) mit Sprachstörung, rez. Exazerbationen bei Atemwegsinfekten.

Durch den behandelnden Oberarzt werden folgende Diagnosen angegeben:

Hoch komplexes schweres Asthma bronchiale, VCD, Hyperventilationssyndrom, Neigung zum Trachealkollaps, Schlafapnoesyndrom, Trigeminusneuralgie, Nebennierenaffektion, Cortison-Abhängigkeit

Geschichte der Arzt-Patient-Beziehungen:

Sie zeigt sich kämpferisch „ich werde kämpfen“, „ich will nicht wegen anderen sterben“, egal ob es um Mobbing in der Familie geht oder den unfreundlichen Oberarzt in einer Kureinrichtung zuvor; sie zeigt sich emotional „ich bin voller Emotionen, voll Wut und Glück“; sie macht sich Mut „ich bete, ich glaube an Gott“, „Gott steht auf meiner Seite, ich habe einen Schutzengel“; sie räumt ein „ich habe Angst vor dem Sterben“. Sie lobt die Klinik „alles gut, der Sport, der Oberarzt, das Stationsteam, die Geborgenheit“ und deutet gleichzeitig an „ich möchte leben, tanzen, Spaß haben, eins drauf machen“. Das wirkt unreflektiert, Arbeit in und an der Beziehung scheint schwer und wenig erprobt. In dem Arzt- Pa-

tient- Gespräch zeigt sie sich zwischen Weinen und Lachen hin und her geworfen. Weinend bedankt sie sich am Ende der Vorstellung bei dem behandelnden Oberarzt.

Falldiskussion nach dem modifizierten Baseler Modell:

Zu 1. Was fällt Ihnen an der Kasuistik auf? (hier geht es um die Zeichen / Merkmale, die für jeden Teilnehmer anders sind)

Teilnehmer: *Tanz, Vergänglichkeit, Schmunzeln, Enthüllung, Selbstdarstellung, Appell, Vitalität, Opferskript, Gewölle, Amoklauf, Schuldgefühl, Achterbahn, Ambivalenz, Überschwemmung, Zauberberg, Lektorat, Wiederholung, zuviel, Rebellion*

Zu 2. Warum ist Ihnen das wichtig? (hier geht es um den Interpretanten)

Teilnehmer: *emotionales Ringen, Verführungsaura, unklare Rolle, Helfersyndrom, Beziehungsaspekte, Bedürfnis nach Verlangsamung, therapeutischer Aspekt, Emotion, Skepsis, fester Stand, Aggression, Neugierde, Spurensuche, Unverständnis*

Zu 3. Was würden Sie gerne noch von dem Patienten wissen? (gibt es Lücken). *Über die frühen Beziehungserfahrungen, über das Pfarrhaus, wie lebt sie,*

über die Sexualität, über die finanzielle Situation in der Familie, wer hilft wem?, was nimmt sie aus der Klinik mit?

Zu 4. Wie würden Sie die Kasuistik auf Ihrem Beruflichen Hintergrund verstehen? dieser Punkt wird aus zeitlichen Gründen übergangen

Zu 5. Stellen Sie sich vor, das wäre Ihr Patient, wie würden Sie weiter vorgehen? (hier geht es um die Bedeutungsverwertung im weiteren Sinn) *Neuronal- Therapie, die Frage stellen, was war bisher erfolgreich, ein therapeutisches Setting unabhängig von Lungenproblem installieren, Reflexion des Handelns, malen, Auftragsklärung, die Frage stellen, was sie ohne die Krankheit wäre, Cortison-Entzug*

Zu 6. Frage an die vorstellenden Kollegen: *„was machen sie jetzt mit den Rückmeldungen der Gruppe? Arbeit an der Verbindung der 2 Seiten Lebensfreude- Krankheit, gemeinsame Arbeit in kleinen Schritten, gemeinsames Verstehen kleiner Begebenheiten, weg vom Großartigen...“*

Zu 7. Wie wurde die Moderation erlebt? *Basisdemokratisch, jedem eine Chance gebend, zwanghaft, Struktur gebend,*

Gelassenheit bringend bei zuvor hoher Anspannung nach der Fallpräsentation, zu viele aktive Teilnehmer, Vorschlag der Aquariumtechnik.

Zur weiteren Reflexion des Modells hatte Bernd Hontschik die Beobachterposition übernommen, zunächst mit der Idee Merkmale, Interpretanten und Wirkmale festzuhalten, nach Zeichenklassen zu sortieren und das gemeinsame Werk der Falldiskussion gewissermaßen geordnet zu spiegeln. Das war nicht durchführbar, denn das Bewusstsein des Subjektiven des eigenen Interpretanten verhinderte eine derartige Festlegung. Anstatt dessen ordnete Bernd Hontschik uns eindrucksvoll die Merkmale nach Bildern und Affekten und stellte fest, dass Merkmale in der Patientengeschichte, wie „ich war vereitert“, Mobbing und Wut in der Teilnehmerrunde keine Bedeutung erlangt haben. So ging die Modellwerkstatt ganz in Übereinstimmung des Gebrauchs der semiotischen Denkmöglichkeiten zu Ende, einige bereichert durch die Eröffnung der semiotischen Welt.

Gisela Volck

Protokoll der Mitgliederversammlung

Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin 26.09.2008

im Krankenhaus Ginsterhof / Rosengarten

anwesend: 17 Mitglieder

Anfangs gedenken wir der verstorbenen Mitglieder Bahne Bahnson und Peter Riedesser.

Chr. Schmeling-Kludas erinnert an den Herrn Helmich, der auch kürzlich gestorben ist.

TOP 1

Genehmigung des Protokoll vom April 2008 Mitgliederversammlung in Glotterbad (ohne Einwände, Enthaltungen oder Gegenstimmen).

TOP 2

Finanzen

Christoph Schmeling-Kludas stellt die Bilanz vor. Die MV dankt Marina von Uexküll für ihre Arbeit

mit der Erstellung der Bilanz, der Kontenführung und Buchhaltung. Die Erstellung der Tagungs-CDs wird in ihrem Nutzen diskutiert und zur Kenntnis genommen, dass die CDs einen Gewinn bringen und auch von Kollegen angenommen (d.h. bezahlt werden), die nicht Mitglieder sind.

Chr. Schmeling-Kludas wird in seiner Funktion als Kassenwart entlastet (1 Enthaltung).

TOP 3

Bericht aus der Arbeit des Vorstands und Diskussion

Der „Appell für die Bedeutung der sprechenden Medizin“ (von Jochen Schirmer/ Freiburg u.a.) wird besprochen.

Die Situation in den Bundesländern ist verschieden. Es geht um die Bedrohung der ärztlichen PT bei Kollegen, die in der z.B. allgemeinärztlichen Praxis tätig sind und Richtlinien-PT machen.

Auskunft Matthias Lütgert und Phillip Herzog: im aktuellen Mitgliederrundbrief des bvvp (August 2008) steht, dass 79,50 EUR pro Sitzung für alle psychotherapeutisch tätigen Kollegen eingeführt werden soll.

Die entsprechende Information soll von Phillip Herzog an Gisela Volck geleitet werden. Es soll in den Verteiler der „Arbeitsgruppe Hausärzte in der AIM“.

Es wird angeregt, dass, wenn alle aktuellen Informationen beisammen sind, die mit Berufspolitik

zu tun haben, sollten die über einen Link von der homepage der AIM angeklickt werden können (via Gisela Volck zu Bernd Hontschik).

Die Situation der Abrechnung der „Psychosozialen Grundversorgung“ in den KV Regionen ist ebenfalls verschieden. In Hamburg gibt es (hoch aktuell, die Info stammt von Vortag) offensichtlich die Hoffnung oder Ankündigung, dass es wieder Einzelfallabrechnung für psychosoziale Grundversorgung geben wird ab 2009.

Es bleibt unklar, wie die Probe-sitzungen und die biographische Anamnese im Budget für die somatisch tätigen und psychotherapeutische tätigen Kollegen behandelt werden wird ab 2009.

e-card und Aktivitäten

Die Frankfurt Veranstaltung am 30.10.08, wird besprochen. Die Kosten teilen sich IPPNW und AIM.

Themensammlung für Tagungen und Werkstatt

W. Geigges liest einige Vorschläge vor. Es wird erläutert, warum

in diesem Jahr zwei Werkstätten stattfanden und keine Jahrestagung. Es hatte mit der Einschätzung unserer Kräfte und der grundsätzlichen Überdenkung des Verhältnisses von Aufwand und Wirkungsgrad zu tun. Die Frankfurter Tagung von 2007 hatte bei großem Werbungseinsatz zu der gleichen Zahl von Teilnehmern (ca. 100) wie früher geführt. Außerdem bieten die Werkstätten die Möglichkeit des „Weiterarbeitens am Modell“. Das kommt bei Jahrestagungen nicht so zum Tragen. Dem Vorstand lag das am Herzen, als er sich so entschieden hatte.

Für 2009 ist eine Jahrestagung im Herbst in Frankfurt ins Auge gefasst.

Werner Geigges berichtet von der DKPM Tagung. Der 100. Geburtstag von Thure von Uexküll war mit drei Beiträgen gewürdigt worden. W. Geigges hat für die AIM gesprochen. Der Rahmen und die Gestaltung wurden (auch von Marina von Uexküll) als würdig empfunden.

Der Vorstand wird bei 5 Enthaltungen einstimmig entlastet.

TOP 4

Bericht über ein Treffen von Kollegen, die in der „Grundversorgung“ als Dozenten tätig sind. Phillip Herzog hat für die AIM in Berlin teilgenommen. Von 14 Anwesenden waren vier AIM-Mitglieder. Initiatorin war Iris Veit. Es wird ein Gütesiegel geplant. Es gibt viele Anbieter, deren Konzeption und Qualifikation fragwürdig ist. Es wird als Beispiel, wie es gut ist, die Deutsche Krebsgesellschaft erwähnt, die mit ihren Curricula „Psychosoziale Onkologie“ Konzepte vorgelegt hat und für gute Standards sorgt.

Die Weiterführung der Debatte wird von Ph. Herzog verfolgt und an Gisela Volck berichtet für die Weitergabe an den Verteiler der Interessierten.

Um 19.10 wurde die Versammlung geschlossen.

Anna Staufenbiel- Wandschneider

Ginsterhof Award

Neurosozialpsychiatrie

Wie eine neue Disziplin inauguriert wurde und gesundheitsökonomischen Nutzen erbrachte
Wulf Bertram

Im ersten Dezennium des neuen Jahrtausends war es stiller geworden um die deutsche Sozialpsychiatrie. Die Protagonisten der ersten Stunde waren nach und nach in Rente gegangen, die Landeskrankenhäuser, die überwiegend erfolgreiche Psychiatrische Institutsambulanzen („PI-As“) unterhielten, auf wenige hundert Betten geschrumpft, die Republik weitgehend sektorsiert und die Städte mit einem Netz sozialpsychiatrischer Dienste überzogen. Es gab so recht keine Herausforderungen mehr. Die Feindbilder, die so schön zusammenschmieden und sich gemeinsam gut fühlen ließen, waren verblasst und keiner sah mehr einen Mitmenschen schief

an, der auf der Straße laut mit sich selbst sprach, was aber möglicherweise auch daran lag, dass es immer mehr Bluetooth-Handys gab. Es fehlte der Sozialpsychiatrie, um es salopp zu sagen, ein Kick, ein neuer, spannender Akzent.

Da kam ein junger Privatdozent aus Bielefeld auf die Idee, die Neurosozialpsychiatrie zu etablieren. Das wurde auch höchste Zeit, denn es existierten neben der Neurobiologie bereits die Neuroethik, die Neuroökonomie, die Neurotheologie, die Neuroliteraturwissenschaft, die Neurolinguistik, um nur einige zu nennen. Auch die Neuroneurobiologie gab es bereits, sie beschäftigte sich mit den zerebralen

Wulf Bertram wird zu seinem scharfsinnigen Beitrag zur Neurosozialpsychiatrie von Dr. med. Rainer Papehausen mit dem Ginsterhof Award ausgezeichnet. Hier der Beitrag von **Wulf Bertram**, veröffentlicht im „Dr. med. Mabuse“:

Verhältnissen bei den Hirnforschern selbst.

Evidenzbasierte Wissenschaft verlangt immer nach objektivierbaren Messungen, und hier schien die Neurosozialpsychiatrie allerdings zunächst ein gewisses Problem zu haben.

Dem PD aus Bielefeld kam aber schließlich die zündende Idee: Er konnte Klaus Dörner überreden, sich in einen 5-Tesla-Scanner zu legen, in welchem ihm dann tachistoskopisch eine Reihe von Begriffen dargeboten wurden. Aus dem Quotienten der *Amygdala*- vs. *Nucleus accumbens*-Aktivierung ließ sich so ein Benchmark für die Evaluation sozialpsychiatrischer Intentionen und ihrer Akteure konstruieren.

(Für Leserinnen und Leser, die das gerade nicht parat haben: Der N. accumbens zeigt - vereinfacht gesagt - bei positiven Affekten eine erhöhte Aktivität, der Mandelkern hingegen bei Emotionen, die mit der Wahrnehmung von Gefahr assoziiert sind). So sprang bei Klaus Dörner der N. accumbens vor allem bei den Begriffen „Sektor“, „Gemeinde“, „Ambulanz“ und „Wohngemeinschaft“ an. Die Spitze der Dörnerschen Amygdala-Aktivierung wurde hingegen bei dem Begriff „Heim“ gemessen. Daraus ließ sich nun eine Intervallskala mit der Maßeinheit „DÖ“ entwickeln, auf der 0-DÖ der Ruheaktivität von Amygdala und N. accumbens entsprechen, positive DÖ-Werte kennzeichnen eine Hyperaktivität des N. accumbens, negative die des Mandelkerns. Messbar waren Werte von einigen Milli-DÖ bis zu mehreren Giga-DÖ.

Nachdem diese Studien abgeschlossen und in „Brain“ publiziert worden waren, stellte sich freilich die Frage, welche praktische Relevanz die neurosozialpsychiatrische DÖ-Skala haben könnte. Ein bildgebungsbasierter Vergleich prominenter Sozialpsychiatrer der Post-Enquête-Periode

- und damit die Nominierung des sozialpsychiatrischsten Sozialpsychiaters - scheiterte an der mangelnden Bereitschaft führender Kandidaten für dieses Ranking, sich zur funktionellen Magnetresonanztomografie in die Röhre zu legen.

Einige Monate nach der Veröffentlichung der DÖ-Skala in „Brain“ wurden dortselbst die Ergebnisse einer Studie zum Imaging bei Universitätspsychiatern publiziert. Hervorstechendstes Ergebnis war hier das lebhaftes Anspringen des N. accumbens bei tachistoskopischer Darbietung des Begriffs „gesponserte randomisierte klinische Studie“ (RCT_{spons}). In einer weiteren Publikation konnte dann gezeigt werden, dass hohe Werte auf der DÖ-Skala signifikant negativ mit den DÖ-Werten bei den Probanden aus der akademischen Psychiatrie korrelierten ($r_{DÖ} < -.63$). Mit anderen Worten: es ließen sich unabhängige Cluster sozial- und universitätspsychiatrisch orientierter Individuen isolieren. Das war für die Psychiatrie insgesamt von unbedingtem Vorteil, weil man die psychiatrisch Tätigen nun mit hoher Zuverlässigkeit den geeigneten Arbeitsfeldern zuordnen konnte: Diejeni-

gen mit hohen DÖ-Werten (in der Praxis fortan „HochDÖner“ genannt) waren geeignete Bewerber für Institutsambulanzen, Landeskrankenhäuser und Gemeindepsychiatrische Zentren, die so genannten „NiedrigDÖner“ fanden ihren Platz vor allem im Laboratorien, Forschungszentren und Pharmakologischen Instituten. Arbeitsplatzfluktuation, Fehlbesetzungen, Abwanderung ins Ausland bis hin zu Burnout-Erscheinungen beim psychiatrischen Personal ließen sich so auf ein Minimum reduzieren, was von hohem gesundheitsökonomischen Benefit war und dem Bielefelder Privatdozenten die Verleihung des Karl-Lauterbach-Awards „für hervorragende Leistungen im Bereich der Gesundheitsökonomie durch praktische Nutzung neurosozialpsychiatrischer Forschungsergebnisse“, einbrachte, wie es in der Laudatio hieß. So hatte gegen Ende des Dezenniums die deutsche Sozialpsychiatrie den vermissten Kick und einen neuen Boom von einer Seite erhalten, von der sie es nun wirklich nicht unbedingt erwartet hätte.

Nachruf auf Professor Dr. med. Peter Helmich

von Professor Dr. med. Dr. h.c. Michael Arnold, Tübingen

Peter Helmich war nicht selbst Mitglied der AIM, aber an ihrer Gründung beteiligt: Er gehörte zu den Autoren der 2. Auflage des von Thure von Uexküll herausgegebenen Buches "Integrierte Psychosomatische Medizin" (Stuttgart, Schattauer 1992). Aus diesem Kreis ging im Sommer 1992 die AIM hervor.

Am 10. September verstarb 78-jährig Professor Dr. med. Peter Helmich, langjähriger Vertreter der Allgemeinmedizin an der Universität Düsseldorf. Er nahm dort seit 1977 mit einem Lehrauftrag und von 1991 an bis zu seiner Pensionierung 1996 als Leiter des Institutes für Allgemeinmedizin, mit großem Einsatz seine Forschungs- und Lehraufgaben wahr. Er suchte die Studenten für eine hausärztliche Tätigkeit zu begeistern, ihnen deren Besonderheiten vor Augen

zu führen und ihnen den Gedanken eines bio-psycho-sozialen Ansatzes der Medizin zu vermitteln. Da er bis zur Berufung auf ein Extraordinariat weiter als Hausarzt in Brüggen praktizierte, verlor er nicht den Bezug zum ärztlichen Alltag, eine Gefahr, die bei einer völligen Institutionalisierung des Faches an der Universität droht.

Die Praxis in Brüggen hatte er 1962 nach dem Tod seines Vaters als praktischer Arzt übernommen; er führte sie nach einer

entsprechenden Weiterbildung seit 1977 als Arzt für Allgemeinmedizin fort. 1981 erweiterte er sein diagnostisches und therapeutisches Spektrum durch seine Qualifizierung zum Psychotherapeuten. Das fundierte gleichsam theoretisch die in seinem Land- arztelternhaus erfahrene Sozialisation zum engagierten Arzt und förderte seine ganz entscheidend von Empathie getragene Einstellung gegenüber den Patienten. Seine Aufmerksamkeit in Praxis, Forschung und Lehre, aber auch

bei berufsständischen Aktivitäten galt folgerichtig in besonderer Weise psychosozialen Aspekten von Gesundheit und Krankheit. Seine reichen eigenen Erfahrungen und sein durch eine systematische Beschäftigung mit den einschlägigen Gegenständen erworbenes Wissen machte er u.a. als Mitglied des Sachverständigenrates der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen von 1986 bis 1988, der Weiterbildungskommission Allgemeinmedizin der BÄK und im Beirat der Carl-Gustav-Carus-Stiftung für Psychosomatische Medizin fruchtbar. Als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) 1996-1998 erreichte er mit seiner Hartnäckigkeit und seinem Verhandlungsgeschick, dass die Weiterbildung Allgemeinmedizin in Form des Initiativprogramms durch GKV, Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Vereinigungen finanziell gewährleistet wurde. Das war von vielen - auch in den eigenen Reihen - bis zuletzt als unerreichbar angesehen worden.

In dem von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten „Murrhardter Kreis“ (1986-1989?) warb er, gestützt auf seine tagtägliche Erfahrung in der Praxis, für die Vermittlung eines konsequent praxisrelevanten Wissens im Medizinstudium. Er traue sich zu, einen unverbildeten Laien in wenigen Jahren im Rahmen einer Lehre zu einem guten Arzt zu machen. Das war bewusst provokativ formuliert, eine Kritik an

der in seinen Augen in weiten Teilen praxisfernen Akademisierung des Medizinstudiums. Anders als diese Kritik vermuten lässt, hat er sich in der eigenen Praxis wie auch in seiner Forschung intensiv darum bemüht, die beste Evidenz, den „Stand des Wissens“ zur Grundlage hausärztlichen Handelns zu machen. Er strebte danach, die Behandlung auf das Notwendige zu beschränken und erlebte deshalb schmerzhaft die verbreitete Überdiagnostik und die nicht seltene therapeutische Polypragmasie.

Den Weg zur Überwindung dieser, sowohl auf falsche Anreize als auch auf Defizite in der Strukturqualität zurückzuführenden Mängel, sah er zum einen in einer Stärkung der Rolle des Patienten und zum anderen in einer Verbesserung der somato-psychosozialen Kompetenz der Ärzte. Darum ging es auch in dem vom BMG von 1989 - 1992 und dann noch einmal von 1992 bis 1994 geförderten Projekt „Forschende Allgemeinmedizin“ am Düsseldorfer Institut. Inhaltlicher Schwerpunkt war u.a. die Verbesserung der Versorgung von Diabetikern und dies lange vor der Einführung der Disease-Management-Programme. Dabei war es sein berechtigtes Anliegen, den Studenten die Versorgung dieser weit verbreiteten Krankheit speziell durch den Hausarzt vor Augen zu führen, die sich eben (wie auch die anderer chronischer Krankheiten) durch die Langfristigkeit und die Bedingungen des

Alltags von der meist nur kurzfristigen Versorgung in der Klinik unterscheidet.

Scharf nahm er den für die Versorgung bedeutsamen Mangel an psychosozialer Kompetenz der Ärzte wahr und verfolgte den Gedanken, ihn durch geeignete Maßnahmen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung abzustellen. Er bemühte sich bei verschiedenen Organisationen und Körperschaften um die Förderung einschlägiger Projekte und als ihm dies versagt blieb, verfolgte er sein Anliegen durch jahrelangen eigenen Einsatz beim Abhalten von Weiterbildungskursen über die „psychosomatische Grundversorgung“. Es war dies vom methodischen Ansatz her dem schwierigen Gegenstand angemessen, denn so zeigte er selbst (völlig unpräzise) den Lernenden, wie man mit Patienten und ihren Problemen umgeht. Es war sein zentrales Credo, dass Psychosoziale Kompetenz erlernbar ist, und hierfür nutzte er u.a. den Rollenspielunterricht, den er durch ein eigenes Buch weiter entwickelte. Entscheidend aber dürfte er als eindrucksvolles Vorbild gewirkt haben: Voller Verständnis für die Nöte des Gegenübers und von besonderer Begabung, mit diesem auch in den schwierigsten Lagen gangbare Auswege zu finden sowie Hoffnung und Zuversicht zu vermitteln.

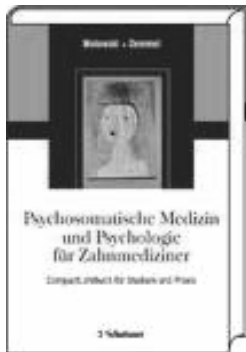
Die Allgemeinmedizin verliert mit Peter Helmich einen verdienstvollen Pionier und herausragenden Vertreter ihres Fachs.

Rezensionen / neue Bücher



C Moore, U Stammermann
Bewegung aus dem Trauma
 Stuttgart: Schattauer 2009

Dieses Buch gibt einen fundierten und praxisnahen Überblick über die Grundlagen und Besonderheiten der Traumatherapie durch eine Tanz- und Bewegungspsychotherapie, die tiefenpsychologische Ansätze und Methoden der Humanistischen Psychologie mit körperorientierten Interventionen kombiniert. Das Behandlungsspektrum umfasst u.a. Traumata nach häuslicher Gewalt, Unfällen, Erkrankung, Folter und Flucht.



Im Oktober 2009 erscheint im Schattauer-Verlag:

A Wolowski, HJ Demmel:
Psychosomatik und Psychologie für Zahnmediziner
 CompactLehrbuch für Studium und Praxis

Dieses Lehrbuch stellt das für den Zahnarzt notwendige Grundwissen der Psychosomatischen Medizin in der Zahnheilkunde in übersichtlicher Form dar. Es soll der weithin erhobenen Forderung nach Integration psychosomatischen und psychologischen Denkens und Handelns eine theoretische und praktische Basis geben. Es entstand aus der interdisziplinären Zusammenarbeit der Hochschullehrer und Praktiker, die am Curriculum „zahnärztlich psychosomatische Grundkompetenz“ beteiligt sind.

Bei Suhrkamp-Taschenbuch erscheint die Buchreihe >medizinHuman<
 Herausgeber: Bernd Hontschik

Diese Bücher versuchen spannend und verständlich aktuelle Entwicklungen des Gesundheitswesens und der medizinischen Praxis zu hinterfragen und plädieren für eine Heilkunst, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt und für eine Humanmedizin, die diesen Namen verdient.

[die Kurzbeschreibungen sind dem Verlagsprospekt entnommen]



M Spitzer, W Bertram
Braintertainment
 Frankfurt a/M: Suhrkamp-Taschenbuch 2009

Hirnforschung ist viel zu spannend, um sie den Neurobiologen zu überlassen! Deshalb führen die handverlesenen Experten in diesem Buch nicht nur ein in die wunderbare Welt unter unserer Schädeldecke, sondern verwandeln Wissenswertes in anregende Unterhaltung.



V. v. Weizsäcker
Warum wird man krank?
 Ein Lesebuch
 Frankfurt a/M: Suhrkamp-Taschenbuch 2008

»Am Anfang steht die Kinderfrage des Warum. Warum wird man krank?« Dass der Mensch seine Krankheiten nicht einfach bekommt, sondern dass sie immer wieder in seine Lebensgeschichte eingewoben sind, dass also jede Krankheit auch seelische Dimensionen hat – diese Überlegungen ziehen sich durch das Werk Viktor von Weizsäckers. Nicht von ungefähr nannte er seinen ärztlichen Werdegang eine »Flucht vor der Schulmedizin«.



B Hontschik
Körper, Seele, Mensch
 Versuch über die Kunst des Heilens
 Frankfurt a/M: Suhrkamp-Taschenbuch 2006

Wer über die Medizin im 21. Jahrhundert nachdenkt, hat ein großes Klagen im Ohr: Patienten fühlen sich unverstanden, Ärzte sehen sich von Zwängen umstellt, während Technologie und immer neue alternative Methoden Heilsversprechen machen. Doch wie werden wir wirklich gesünder? In diesem Band der Reihe *medizinHuman* geht es um die Irrwege der hochgerüsteten Medizin und die Wichtigkeit ärztlicher Kreativität. Warum heilen Wunden entgegen aller Logik nicht zu? Warum wirken Medikamente manchmal und manchmal nicht? B. Hontschik: Der Mensch ist weit mehr als eine »triviale Maschine«, und die Kunst des Heilens besteht darin, ihn auch so zu behandeln: als Einheit von Körper und Seele.



W Bartens
Vorsicht Vorsorge!
 Wenn Prävention nutzlos oder gefährlich wird
 Frankfurt a/M: Suhrkamp-Taschenbuch 2008

Beuge vor, und du lebst länger, versprechen uns Gesundheitspolitiker und Ärzte. Prävention wird zum Grundpfeiler des Gesundheitswesens, das zuständige Ministerium verordnet uns 3000 Schritte täglich zur Volksfitness, und Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs gelten ohnehin mittlerweile als Bürgerpflicht. Wer da noch krank wird, ist selbst schuld. Doch ist Prävention so wirkungsvoll wie behauptet? Verlängert Früherkennung wirklich das Leben? Oder nur die seelischen Leiden? Der Autor offenbart die Risiken und Nebenwirkungen eines Heilsversprechens und zeigt, wie flächendeckend Gesunde krankgeredet werden.



V Kalitzkus
Dein Leben, mein Tod
 Warum wir Organspenden richtig finden
 und trotzdem davor zurückschrecken
 Frankfurt a/M: Suhrkamp-Taschenbuch 2009

Jeder ist möglicher Geber und Empfänger eines lebenswichtigen Organs, der Tod bekommt einen Sinn, Leben werden gerettet. Einfache Entscheidung, oder? Doch offenbar sind unsere Emotionen zu diesem Thema komplizierter. Und wenn ein Mensch hirntot ist, aber noch durchblutet und beatmet wird, wie tot ist er dann eigentlich? Was im üblichen Pro und Kontra zu kurz kommt: die Sichtweise und Emotionen der Betroffenen - gegen den moralischen Druck zur Organspende



M Spitzer
Nervenkitzel
 Frankfurt a/M: Suhrkamp-Taschenbuch 2006



C Hess, A Hess-Cabalzar
Menschenmedizin
 Frankfurt a/M: Suhrkamp-Taschenbuch 2006

Ist die avancierteste nicht auch die klügste Medizin? Nicht, wenn sie in eine Sackgasse mündet. Nicht, wenn ein Arzt, mag er noch so gut ausgebildet sein, das Wesen einer Krankheit nicht versteht, weil ihm sein Menschenbild den Blick verstellt. Christian Hess und Annina Hess-Cabalzar entwerfen anhand von konkreten Fällen die Grundlagen einer Heilkunst, die nicht einfach Symptome entfernt, sondern das Gesundsein unterstützt. Einer Heilkunst, die den ganzen Menschen im Blick hat, die Erkenntnisse aus Psychotherapie, Philosophie und Medizinethik einbezieht und sich sogar von Kunst inspirieren lässt. Einer klugen Heilkunst, die am Ende sogar viel Geld spart.



K Ratheiser
Dauerfeuer
 Frankfurt a/M: Suhrkamp-Taschenbuch 2006

Wie sind die Zustände in den modernen großstädtischen Krankenhäusern? Wie erleben Ärzte die Arbeit im »Dauerfeuer«, den Zeitdruck, die Notwendigkeit, sich zu rechtfertigen, wenn sie sich länger, als es der Kostenplan erlaubt, um ihre Patienten und deren Angehörige kümmern möchten? Der Intensivmediziner Klaus Ratheiser erzählt in eindrucksvollen Episoden von der Situation, in der sich Ärzte und medizinische Betreuer heute befinden: allein gelassen mit ihrer Verantwortung und bis an den Rand der physischen und psychischen Belastbarkeit getrieben. Ein Buch, das vom alltäglichen Wahnsinn des modernen Krankenhausbetriebs erzählt, ein Buch, das Patienten wie Ärzten zu denken gibt.

Kontaktadressen der Uexküll-Akademie und Regionalgruppen

Sekretariat der Uexküll Akademie für Integrierte Medizin

Dr. med. Bertram / Sekretär der AIM
Schattauer Verlag
Hölderlinstr.3
70174 Stuttgart
Tel 0711/ 22987 18 oder 32, Fax 0711/ 22987 50
Email: sekretaer@uexkuell-akademie.de

Basel: Prof. Dr. med. Wolf Langewitz
Universitätsspital Basel, Psychosomatik
Hebelstr.2, CH-4031 Basel
Tel 0041/61/265-5318, Fax 0041/61/265-3228
Email: basel@uexkuell-akademie.de

Berlin-Brandenburg: Harald Kamps
Möllendorfstr. 45, 10367 Berlin
Tel: 030/57797490
Email: berlin@uexkuell-akademie.de

Bern: Dr. med. Werner Stadlmayr
Sulgenauweg 8, CH-3007 Bern
Tel 0041/31/3001259, Fax 0041/31/3001414
Email: bern@uexkuell-akademie.de

Frankfurt: Dr. med. Gisela Volck
Löwengasse 27L, 60385 Frankfurt
Tel 069/455938, Fax 069/451114
Email: frankfurt@uexkuell-akademie.de

Freiburg: Dr. med. Werner Geigges
Klinik für Rehabilitation, 79286 Glottertal
Tel 07684/809-122, Fax 07684/809-253
Email: freiburg@uexkuell-akademie.de

Hamburg: Prof. Dr. med. Christoph Schmeling-Kludas
Krankenhaus Ginsterhof
Metzendorfer Weg 21, 21224 Rosengarten
Tel 04108/598-104, Fax 04108/598-234
Email: hamburg@uexkuell-akademie.de

Köln: Dipl. Psych. Detlev Haimerl
Dattenfelder Str. 6, 51109 Köln
Tel 0221/843457, Fax 0221/7199138
Email: koeln@uexkuell-akademie.de

München: Dr. med. Herbert Kappauf
Oßwaldstr. 1a, 82319 Starnberg
Tel 08151/5593-02, Fax 08151/5593-03
Email: muenchen@uexkuell-akademie.de

Münster: Anke Dalhoff
Hörsterstr. 32, 48143 Münster
Tel 0251/20535294
Email: muenster@uexkuell-akademie.de

Stuttgart: Dr. med. Wulf Bertram
Hölderlinstr. 3 (Schattauer Verlag), 70174 Stuttgart
Tel. 0711/22987-18, Fax 0711/22987-50
Email: stuttgart@uexkuell-akademie.de

Wiesbaden: Dr. med. Ludger Albers
Taunusstr. 7, 65183 Wiesbaden
Tel 0611/5326073
Email: wiesbaden@uexkuell-akademie.de

Lebende Systeme als eine Einheit aus Organismus und Umwelt



Alle Informationen, aktuelle Nachrichten,
Tagungstermine, Tagungsberichte, Verzeichnis der verfügbaren Tagungs-CDs / DVDs, Adressen etc. zur
Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin
finden Sie auf unserer Website:

www.uexkuell-akademie.de