



AKADEMIE FÜR INTEGRIERTE MEDIZIN

**An alle Mitglieder
der Akademie für Integrierte Medizin**

AIM-TELEGRAMM MITTEILUNGEN DER AKADEMIE FÜR INTEGRIERTE MEDIZIN

Nr.1 – Dezember 1997 / Januar 1998

Inhalt:

Editorial
Berichte der 4.Arbeitstagung der AIM am 25. und 26. 10.1997 in Glottertal
Literaturhinweise
AIM Börse
Kontaktadressen

Editorial

Liebe AIM-Mitglieder!

Am Ende der 4. Jahrestagung im Oktober 97 in Glottertal traten die meisten von uns guten Mutes die Heimreise an, hatten wir doch die Idee einer integrierten Medizin wieder ein Stückchen weitergebracht und uns in unserer Identität als „Integrierte“ bestärkt. **Thure** von **Uexküll** mahnte zum Schluß die Umsetzung des alten Projekts eines "newsletter" an, um die Ergebnisse der Tagung zu dokumentieren und die Kommunikation unter den Mitgliedern der Akademie zu verbessern. Diese erste Ausgabe des **AIM-Telegramms** ist der Versuch, die vielen dezentralen Aktivitäten innerhalb der Akademie über geografische Entfernungen hinweg zu vernetzen. Der Austausch auch zwischen den Jahrestagungen unter den regionalen Gruppen und **Einzelmitgliedern** soll die Arbeit in der Akademie fördern und zu weiteren Aktivitäten anregen.

Gerade die Skepsis, die in dem einen oder anderen Gespräch auf der Glottertaler Tagung mitschwang, was die Zukunft einer integrierten Medizin im Zeitalter der härter werdenden Außenbedingungen und Verteilungskämpfe anbelangt, sollte für alle, denen dieser Ansatz wichtig ist, ein Ansporn sein. Je stärker die aktuelle Entwicklung in unserem Gesundheitswesen die Technisierung der Medizin mit einem mechanistischen Menschenbild vorantreibt und so zunächst auch den Dualismus zwischen psychotherapeutischer und somatischer Medizin verschärft, desto ausgeprägter wird als Gegenbewegung der Wunsch nach Berücksichtigung des Subjekts, der Beziehung und der übergeordneten Systemzusammenhänge eine Rolle spielen. Die Chancen für unseren integrierten Ansatz sind also auf längere Sicht durchaus günstig. Die Zeit ist für uns, möge es auch 1998 gelingen, sie für das Projekt „Integrierte Medizin“ zu nutzen. !

(P.Herzog)

Akademie für Integrierte Medizin e. V.
gemeinnützige Körperschaft, VR Stuttgart 5279
Lenzhalde 3, D-70192 Stuttgart
Telefon (0711) 2 29 87 18, Telefax (0711) 2 29 87 50

Sprecher des Vorstands:
Prof. Dr. Dr. h.c. Thure von Uexküll
Generalsekretär:
Dipl.-Psych. Dr. med. Wulf Bertram

Sparkasse Freiburg
BLZ 680 501 01
Kto.-Nr. 22 91 336

Berichte von der 4. Arbeitstagung der Akademie für Integrierte Medizin

vom 24. bis 25.10.1997, Klinik für Rehabilitation Glotterbad, Glottertal

Protokoll der Mitgliederversammlung der Akademie für Integrierte Medizin am 24. Oktober 1997 in Glotterbad

Beginn 18.30 Uhr, Ende 20 Uhr

1. Der Sprecher des Vorstandes **Thure** von Uexküll eröffnet die Versammlung und benennt Wulf Bertram zum Versammlungsleiter.
2. Wulf Bertram stellt die Beschlußfähigkeit der Mitgliederversammlung unter Hinweis auf die ordnungsgemäße und rechtzeitige Einberufung fest. Die Tagesordnung wird genehmigt, Ergänzungs- und Änderungswünsche liegen nicht vor.
3. **TOP 1 Rückblick.** Wulf Bertram gibt einen Rückblick über die Vorgeschichte und Entwicklung der Akademie seit ihrer Gründung. Wichtigster Bestandteil der AIM-Arbeit sind die Gründung regionaler Arbeitsgruppen in Hamburg, Berlin, Heidelberg, Freiburg und jüngst in Stuttgart, demnächst auch in Münster (siehe unten). Weiterer Schwerpunkt sind die Tagungen. Bisher fanden drei große öffentliche Tagungen statt (Berlin Oktober 1993, Nürnberg September 1995, Heidelberg Oktober 1996) und drei interne Veranstaltungen für die Mitglieder der AIM, Juni 1994 in Stuttgart, September 1994 und Oktober 1997 in Glotterbad. Es wird angestrebt, die großen Tagungen, die u.a. auch der Öffentlichkeitsarbeit der AIM dienen, im Wechsel mit internen Treffen der Mitglieder jährlich einmal **durchzuführen**. Zusätzlich findet einmal im Jahr ein Lehrkörpertreffen statt.

Wemer Geigges berichtet über die finanzielle Situation der Akademie und legt den Bericht des Kassenwarts über Ein- und Ausgaben vor. Geigges berichtet weiter, daß der AIM für weitere drei Jahre die Gemeinnützigkeit vom Finanzamt für Körperschaften in Stuttgart zuerkannt wurde. Es wird allgemein festgestellt, daß die AIM über eine beruhigende Liquiditätsreserve verfügt. Diese ist vor allem dann von besonderem Wert, wenn es um die Vorfinanzierung und die Deckung eventueller Defizite für große Veranstaltungen, wie z.B. in Heidelberg, dient. Insgesamt waren die Tagungen in Berlin, Nürnberg und Heidelberg allerdings kostendeckend und erbrachten sogar geringfügige Überschüsse. Wemer Geigges dankt an dieser Stelle **Marina** von Uexküll, die die Buchhaltung der Akademie zur Unterstützung des Kassenwarts mit großer Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit geführt hat. Sein weiterer Dank gilt dem Schattauer Verlag, der durch die Zurverfügungstellung eines Sekretariats (bei großem persönlichem Engagement von Frau Teufel und Frau Lösch) entscheidend zu der positiven Kostenbilanz der Akademie beigetragen habe.

Jana Jünger berichtet über weitere Aktivitäten der Akademie wie über die Förderung der Publikation „Integrierte Medizin im Krankenhaus“ von Christoph Schmeling-Kludas und Hans Wedler sowie über die Herausgabe der Schriftenreihe für Integrierte Medizin. Das Buch von Schmeling-Kludas und Wedler wurde mit einem Druckkostenzuschuß von DM 1.500,- gefordert, das jüngste Buch der Schriftenreihe ist das Werk „**Biomedizin**“ von Gerald Ulrich, welches mit einem Druckkostenzuschuß von DM 1.000,- gefordert wurde. Die Mitglieder der AIM können exklusiv die Werke der Schriftenreihe mit einem Rabatt von 40 % über den Schattauer Verlag beziehen.

4. Bericht aus den regionalen Arbeitsgruppen

Hamburg

Die AIM-Mitglieder aus Hamburg stellen mit einer gewissen Ernüchterung fest, daß sich der Kreis von ca. 120 Interessierten jetzt auf eher wenige Aktivisten reduziert hat. An den Arbeitsgruppen nehmen zur Zeit ca. 8 - 15 Mitglieder teil. Als Grund wird auch das sehr dichte Fortbildungsangebot im Stadtstaat Hamburg gesehen. Der harte Kern der Hamburger Regionalgruppe bemüht sich aber weiter um eine Ausweitung der Aktivitäten (Bericht: Christoph Schmeling-Kludas).

Heidelberg

bietet integrierte Anamnesegruppen für Studenten an. Es werden zunächst 15 Studenten ausgebildet, die dann später selbst als Tutor fungieren können. Zusätzlich gibt es Kasuistikgruppen, die alle 14 Tage stattfinden und für Studenten, Niedergelassene und Kliniker offen sind.

Für Assistenten wird ein zweitägiger Workshop zum problemorientierten **Lernen** angeboten, später sollen daraus kontinuierliche Arbeitsgruppen gebildet werden. Problem ist auch in Heidelberg (wie in allen anderen regionalen Arbeitsgruppen), die Pflegepersonen zu integrieren (Bericht: Jana Jünger).

Freiburg

Es handelt sich um eine konstante „elitäre“ Gruppe, die sich in regelmäßigen Treffen mit dem Modell der reflektierten Kasuistik beschäftigt. Auch hier ist es das Ziel der Gruppe, über diesen harten Kern hinauszugehen und neue Gruppen zu bilden (Bericht: Wemer Geigges).

Schweiz

Die drei Stammgesellschaften für psychosomatische Medizin, psychosomatische Gynäkologie und psychosoziale Medizin (je ca. 250 Mitglieder) gründen gegenwärtig eine Akademie, die ein Curriculum erarbeitet hat, nach dessen Absolvierung ein Fähigkeitsausweis für psychosomatische und psychosoziale

Medizin erteilt wird. Dieses Curriculum besteht aus 3 Teilen (Theorie 90 Stunden, Fertigkeiten 90 Stunden, Supervision, Selbsterfahrung 90 - 180 Stunden). Für die Zukunft wird angestrebt, daß dieser Fähigkeitsausweis als Grundlage für die Möglichkeit zur Berechnung entsprechender ärztlicher Leistungen gilt (Bericht: Rolf Adler - weitere Informationen über ihn).

Gründung **neuer** regionaler Arbeitsgruppen

Stuttgart

Hans Wedler berichtet über ein Treffen der interessierten Kolleginnen und Kollegen. Es gibt gegenwärtig ca. 170 Interessenten, aus deren Kreis eine Regionalgruppe gebildet werden soll. Weitere Koordination durch Hans Wedler, die Mitglieder im Stuttgarter Raum werden entsprechend informiert. (Nächstes Treffen: Dienstag, 13. Januar 1998, 19.30 bis 21.00 Uhr im Bürgerhospital Stuttgart, Tunzhofer Str. 14 - 16, Haus 10, Festsaal)

Münster

Gabriele Schlitt gründet eine regionale Arbeitsgruppe. Das erste Treffen wird am 23. November 1997 sein. Thure von Uexküll hält einen Einführungs- und „Werbe“-Vortrag. Die Akademie leistet eine Anschubfinanzierung für diese Gründung.

5. TOP 2: Ausblick

Zusammenarbeit zwischen AIM und DKPM

Antje Haag berichtet über ein Treffen von Vorstandsmitgliedern von AIM und DKPM, das am 23. Oktober 1997 in Glotterbad stattfand. Nachdem ein Teil der DKPM-Mitglieder sich vorzugsweise in der neugegründeten Gesellschaft für psychotherapeutische Medizin orientiert hat, wendet sich das DKPM wieder verstärkt der ursprünglichen Aufgabe zu, psychosomatische Medizin in die allgemeine medizinische Versorgung zu integrieren. Damit ergibt sich eine Annäherung an die Ziele der Akademie und eine Rückkehr zu ursprünglichen Schwerpunkten des DKPM. Die Mitgliederversammlung befürwortet eine Weiterführung der Sondierungsgespräche zwischen den Vorständen und einen Austausch über die Aktivitäten der jeweiligen Gesellschaften. Grundsätzlich wird eine Zusammenarbeit begrüßt, wie Thure von Uexküll sagt, es kann dabei aber nur um eine „Fusion ohne Identitätsverlust“ gehen.

Gegen 20 Uhr schließt der Versammlungsleiter die Mitgliederversammlung und dankt den Veranstaltern Jörg M. Herrmann und Werner Geigges für die Vorbereitung, Organisation und Gastfreundschaft.

(Protokoll: 3.11.97 Wulf Bertram)

Arbeitsgruppe I : -Integrierte Medizin im Praxisfeld „Rehabilitation“ (W.Geigges)

Teilnehmer/innen: Austgen, Geigges, Hische, Kröger, Leininger, Plassmann, Schmeling-Kludas, Thomsen, von Uexküll, Wolber-Herzog

1. Die stationäre Rehabilitation befindet sich in einer sehr schwierigen Situation durch veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen (GRG) mit einem drastischen Antrags- und **Belegungsrückgang**. Gleichzeitig entsteht ein privater **neuer** Kur-Markt („Heilbäder locken mit Sonderangeboten“). In dieser Situation ist es besonders wichtig, Qualitätskriterien im Sinne integrierter Medizin und integrierte Rehabilitation zu erarbeiten und die Arbeit gut zu evaluieren, um die Leistung integrierter Rehabilitationsangebote auch unter ökonomischen Gesichtspunkten belegen zu können.
2. Die Reha-Klinik als autopoietischer lebendiger Organismus mit vielfältigen Passungsprozessen und Passungsebenen:
 - a) Passungsebene Therapeut - Patient
 - b) Passungsebene Behandlungsteam - Patient
 - c) Passungsebene Klinik (als Institution und bauliche Gegebenheit) - Patient

Zu b) Passungsebene Team - Patient

Dem Konzept von Klinik und Station als Beziehungsraum folgend gilt für das Behandlungsteam: Jeder Patient erzeugt eine individuelle **Teamstruktur**, das heißt, er bringt die verschiedenen Beziehungsangebote eines Behandlungsteams im Sinne seiner subjektiven Umwelt für sich in Form. Soll dieser Prozeß im Sinne einer salutogenen Passung gelingen, erfordert dies zum einen eine hohe Flexibilität und Plastizität der Beziehungsantworten der einzelnen Therapeuten sowie einen Abstimmungsprozeß der Therapeuten untereinander, um Passungsschwierigkeiten wie Spaltungs-, Entwertungs- und **destruktive** Beziehungsprozesse diagnostisch erfassen zu können und in therapeutische Antworten einfließen zu lassen, andererseits aber auch ambivalenten Patientenaspekten und unterschiedlichen **Übertragungsfacetten** ausreichend Raum einräumen zu können. Passungsschwierigkeiten kommt, im Sinne von „die Baumsäge klemmt“, dabei ein hoher **Erkenntniswert** zu. Voraussetzungen für notwendige **Abstimmungsprozesse** innerhalb des Therapeutenteams sind eine hohe Akzeptanz untereinander, klar definierte **Verantwortungsbereiche** und klar definierte Hierarchieebenen.

Die Einladung an den Patienten auf der Passungsebene Team - Patient wurde abschließend so formuliert:
Gestalte Dir Deine Umwelt so, daß es Dir und uns gut geht!

(W. Geigges)

Arbeitsgruppe II :-Integrierte Medizin im Praxisfeld „Klinik“ - (H. Kappauf, J. Berger-Hornung)

In der Darstellung der Teilnehmer ihres jeweiligen konkreten Arbeitsalltages zeigen sich häufig Probleme, die eine „integrierte Praxis“ erschweren:

- * Integrierter Anspruch in der Patientenversorgung bedeutet in der Regel zusätzliche Überstunden, wird oft nur als „persönliches Hobby“ zugestanden.
- * Der integrierte Arbeitsansatz wird häufig von Kollegenseite erstmals abgewertet, erfährt keineswegs selbstverständlich Anerkennung, manchmal führt er zu resignativer Frustration oder sogar Ausgrenzung des integrierten Handelnden.
- * Ohne die Unterstützung oder zumindest wohlwollende Ambivalenz des Leiters einer Abteilung ist in ihr ein integrierter Arbeitsansatz kaum praxisrelevant zu realisieren.
- * Ein integrierter Anspruch gerät in Konfliktbereiche fachgebietlicher und berufsständischer Interessen und **Abgrenzungsdiskussionen**.
- * Integrierte Medizin erfordert im Arbeitsalltag unterschiedliche Rollen und damit verbunden eine ständige Reflexion von und einen flexiblen Umgang mit entsprechenden Rollenerwartungen, Handlungsebenen und ihren adäquaten Arbeitsmethoden.

In den Diskussionen wurden aber im Sinne eines „**trotz alledem**“ auch hilfreiche Anregungen für die Implementierung integrierten Handelns gegeben:

- * Das eigene professionelle Selbstbild kritisch reflektieren:
 - Aufgabe einer besserwisserischen, missionarischen, Wahrheit beanspruchenden Haltung
 - Aufgabe von therapeutischen Allnachtsphantasien und Realitätssinn für Grenzen auch einer integrierten Praxis (Integriertes Handeln als „Drehscheibe“, die Patienten neue Richtungen **ermöglicht** - also andere **Krankheitssichtweisen** und Verhaltensmuster - sie deshalb aber keineswegs schon beschwerdefrei macht).
- * Sich als „trojanisches Pferd“ im Medizinsystem verstehen. Ziel ist aber nicht ein trojanischer Sieg, sondern der Bauch des trojanischen Pferdes und seine Umgebung sollen eher zum „lustvollen Raum“ werden. (Die erhöhte Arbeitszufriedenheit durch einen integrierten Ansatz **im** therapeutischen Umgang mit Patienten ist die beste Voraussetzung für die Neugierde der „Trojaner“).
- * Die Kompetenz und Leistungen von Kollegen in ihrer evtl. nur somatisch orientierten Patientenbetreuung anerkennen und gleichzeitig bei ihnen Interesse und Neugierde an therapeutischer Beziehungsdynamik wecken, aufzeigen, wie Beziehung zu „**outcome**“-**relevanten** Änderungen führt. Wohlwollende Unterstützung des Chefs kann „erarbeitet“ werden.
- * Also die von anderen missionarisch geforderte Beziehungskompetenz auch selbst in der professionellen Kooperation mit Kollegen / Vorgesetzten unter Beweis stellen.
- * Sich eine „Integrierte Selbsthilfegruppe“ suchen, in der Frustrationen und positive Erfahrungen besprochen werden können (z.B. Balint-Gruppe, AIM-Regionalgruppe).

(H.Kappauf)

Arbeitsgruppe III : -Integrierte Medizin im Praxisfeld „Praxis“ (P.Herzog)

Teilnehmer/innen: Bräuniger, Henselman, Herzog, Prager, Reinicke, Steeger, Volck

Die Teilnehmer der AG waren bis auf eine Ausnahme (Urologe) niedergelassene **Allgemeinärzte/innen**, überwiegend mit psychotherapeutischer Zusatzbezeichnung. Im Arbeitsbereich Praxis wurde als problematisch benannt:

- **Defizite** im Bereich Theorie, Gesprächs- und Interventionstechniken,
- Einengung durch die Grenzen unseres **Gesundheitssystems**,
- hohe Erwartungshaltung der Patienten, aber auch
- Schwierigkeiten im eigenen Rollenverständnis. Dies überraschte zunächst gerade bei den Zusatztitelträgern, wobei sich mit der Erkenntnis, daß integrierte Medizin und Psychotherapie gerade nicht dasselbe sind, rasch eine Erklärung anbot; eine psychotherapeutische Ausbildung kann aber durchaus hilfreich für das Verständnis integrierter Prozesse sein.

Vorteile der Praxis: Man bewegt sich im sozialen Umfeld des Patienten, zu dem der Zugang nicht schwer fällt, es handelt sich häufig um Langzeitbeziehungen, die immer wieder die Chance zum Einstieg auf eine andere Beziehungsebene ermöglicht.

Anhand eines Fallbeispiels, dessen Ausgang offen war, wurde deutlich, daß es nützlich ist, sich immer wieder folgende Fragen zu stellen:

- Was ist das Problem des Patienten?
- Was ist das Problem des Arztes?
- Auf welcher Systemebene bewege ich mich somatisch, psychosozial und in Bezug auf äußere Rahmenbedingungen, die durch Gegebenheiten der Praxis und des Gesundheitswesens definiert werden?
- Auf welcher Rollenebene **befinde** ich mich für den Patienten, **für** das soziale Umfeld?
- Wie ist die Beziehung zum Patienten?

Die im Vortrag von C.Schmeling-Kludas formulierten Gedanken erweisen sich also auch hier als ausgesprochen nützlich.

In der Gruppe wurde allerdings angesichts dieser Vielschichtigkeit schnell ein Gefühl der Überforderung thematisiert. Offensichtlich scheinen wir aber in der Interaktion mit dem Patienten eine Art von **Komplexwahrnehmung** zu haben, die es erlaubt, je nach Verlauf der Interaktion auf eine bestimmte Ebene zu fokussieren, ohne die anderen Ebenen ganz auszublenden. Im Sinne einer geglückten „Passung“ ist auch hier das Bild Th.v. Uexkülls von der „zweigriffigen Baumsäge“ hilfreich. Es geht bei diesem Prozeß darum eine Haltung zu entwickeln, die es erlaubt, jederzeit die vom Patienten angebotene „2.Spur“ aufzugreifen (im Sinne einer anderen Problem-, Beziehungs-, System- oder Beziehungsebene). In dem Moment, wo die Passung nicht mehr stimmig ist, wo die Baumsäge **beginnt** zu klemmen, muß von einer gestörten Interaktion ausgegangen werden. Es geht wesentlich darum, genau diesen Zeitpunkt **wahrzunehmen**. Dabei helfen in diesem Moment, der in der ersten Begegnung oder auch nach Jahren und vielen vorausgegangenen Kontakten eintreten kann, die o.g. Fragen. Wenn es gelingt, die „2.Spur“ aufzugreifen, den **Prozeß** des „Sägens“ zu harmonisieren, die Beziehung wieder tragfähig zu machen, ist ein Schritt **im Sinne** eines integrierten Handelns vollzogen.

(P.Herzog)

Vorträge

Auf der Tagung im Glottertal fanden die **beiden** Vorträge von C. Schmeling-Kludas: „Durchführung von reflektierten Kasuistiken“ und H.Wedler: „Formen der Arzt-Patient-Beziehung“ besonderes Interesse und regten spannende Diskussionen an. Die Manuskripte der Vorträge können bei der Geschäftsstelle angefordert werden.

* * * * *

Info-Börse:

Folgende Rubriken sollen in künftigen AIM-Telegrammen mit Inhalt und Leben gefüllt werden:
Kurzmitteilungen aus den Regionalgruppen, Veröffentlichungen, Stellenangebote in integrierten Einrichtungen für PJ-Studenten, AiP's, Assistenzärzte, Psychologen, Pflegekräfte u.a., Veranstaltungshinweise, Kontaktadressen, Projekte.

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

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

* * * * *

Wichtige Termine 1998 - Veranstaltungen der AIM

Lehrkörpertreffen: 26.und 27.6.1998 in Heidelberg

*5.Arbeitstagung der Akademie für Integrierte Medizin und Mitgliederversammlung:
 23. und 24.10.1998 in Berlin*

* * * * *

Kontaktadressen:

Geschäftsstelle: Wulf Bertram, Lenzhalde 3, 70192 Stuttgart, Tel. 0711 / 2 29 87 18, Fax: 0711 / 2 29 87 50

Regionalgruppen der AIM:

Etablierte Regionalgruppen (in Klammern die jeweilige Kontaktperson):

Hamburg (Christoph Schmeling-Kludas, Tel: 04551 / 802-0)

Heidelberg (Jana **Jünger**, Tel: 06221 / 164 795)

Freiburg (Werner Geigges , Tel: 07684 / 809 122 / 809 121, Fax: 07684 / 809 250)

Stuttgart (Hans Wedler, Tel: 0711 / 2532 701, Fax: 0711 / 2532 172)

Münster (Gabriele Schlitt, Tel: 0251 / 51 85 85)

Basel (Werner Stadelmayer, Tel: 0041-1-272 9442)

Geplante Regionalgruppen:

Karlsruhe (Franziska **Ostermann**, Tel: 0721 / 937 6827)

Nürnberg (Herbert **Kappauf**, 0911 / 398 3060)

Dringende Bitte:

Falls eine dieser Adressen sich geändert hat, Fehler enthält oder jemand vergessen wurde, der hier dazu gehört, bitte für das nächste NM-Telegramm melden!! Sinnvoll ist in jedem Fall, daß die Kontaktpersonen ihre Fax-Nummer und ihre e-mail-Adresse mitteilen (so vorhanden).

* * * * *

Literaturhinweise

Schmeling-Kludas, **Christoph/Wedler**, Hans: Integrierte Medizin im Krankenhaus. VAS - Verlag für akademische Schriften, **Karl-Heinz Balon, Frankfurt**. 1997 (DM 26,--).

Wedler, Hans: Das ärztliche Gespräch. Schattauer 1998 (Schriftenreihe der AIM, Mitgliederpreis DM **24**,-- statt DM 39,--).

Ulrich, Gerald: Biomedizin, Schattauer, 1998 (Schriftenreihe der AIM, Mitgliederpreis DM 30,-- statt DM 49,--).