

munikatives Realitätsprinzip), sowie der Semiotik fügen sich puzzle-artig zu einem hilfreichen Konstrukt zusammen (siehe auch die Arbeit von Burger, Schmeling-Kludas und Ulrich, Med Welt 1999;50:205-209). Dieses Theoretische Modell versteht sich als stets vorläufig im Sinne eines lernenden Modells, unsere tägliche Praxis wird zeigen, inwieweit wir mit dieser Landkarte unser Handeln besser verstehen lernen und kreative neue Lösungswege für die Probleme unserer Patienten finden. Unmittelbar aus dem Theorie-Modell leitet sich unser didaktisches Modell ab, das wir als **Reflektierte Kasuistik** bezeichnen, das Modell von Krankheit als Passungsstörung auf den verschiedenen Systemebenen und Medizin als Passungsarbeit zwischen Therapeut(inn)en und Patient(inn)en steht im Zentrum dieses Konzeptes.

Gerade das diesjährige Lehrkörpertreffen legte im Ergebnis nahe, zukünftig von verschiedenen Entwicklungsstufen Integrierter Praxis auszugehen: unsere sehr unterschiedlichen Praxisfelder in Facharztpraxen, Akutkliniken, Rehakliniken und Psychosomatischen Abteilungen an Universitätskliniken erfordern z.T. sehr unterschiedliche Modell-Varianten, denen in unserer Akademie-Arbeit künftig breiteren Raum eingeräumt werden sollte. Ein solcher Differenzierungsaspekt, der vor allem den stationären Bereich betrifft, ist die **Teamkommunikation in der Integrierten Medizin**, gleichzeitig Thema der diesjährigen Jahrestagung, zu der ich alle Mitglieder ganz herzlich nach Bad Arolsen einladen möchte.

3. Politische Entwicklungen:

Leider wurde Ellis Huber als Präsident der Berliner Ärztekammer nicht wieder gewählt, wir hoffen, daß er bei seinen neuen Tätigkeiten unsere Ideen auch weiterhin tatkräftig unterstützt. Im Anschluß an die letztjährige Jahrestagung in Glottertal wandte sich die AIM in einem Schreiben an die Gesundheitsministerin Fischer mit der Aufforderung, den Berliner Reformstudiengang Medizin zu unterstützen; im Herbst 1999 wird dieser Reformstudiengang nun endlich starten.

Für eine geplante Stiftungs-Professur für Integrierte Medizin werden noch Geldgeber gesucht. Die Zusammenarbeit mit dem Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin soll in Zukunft intensiviert werden (A.Haag), zumal innerhalb des DKPM die Beziehungen zu den somatischen Fachgesellschaften ebenfalls intensiviert werden.

Inwieweit die Gesundheitspolitik der rot-grünen Bundesregierung die Intentionen der AIM fördern wird, bleibt kritisch abzuwarten.

(Glottertal 4.7.99)

* * * * *

Lehrkörpertreffen der AIM 11.6.-12.6.1999 in Heidelberg

Am 11.+12.6.1999 fand auf Einladung der Abteilung Innere Med.II der Universität Heidelberg (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr.Wolfgang Herzog) das diesjährige Lehrkörpertreffen der AIM statt (Organisation: Jana Jünger).

Der erste Tag war geprägt von einer reflektierten Kasuistik der von Th.v.Uexküll entwickelten Lehrmethode der AIM. Mittels klin. Bericht und dem Video einer Familienkonferenz wurde eine Patientin vorgestellt. Es konnte so gleichzeitig ein Eindruck vermittelt werden von der Arbeitsweise der Klinik, die klinisch-internistische mit psychodynamischen und familientherapeutisch-systemischen Elementen verbindet.

Der zweite Tag brachte 3 Referate mit spannenden Diskussionen:

- *Wolfgang Herzog (Heidelberg)*: Integrierte Forschung in Heidelberg
- *Jana Jünger (Heidelberg)*: Integrierte Forschung am Beispiel eines kardiologisch-psychosomatischen Modellprojekts
- *Franz Porszolt (Ulm)*: Vorstellung eines Konzeptes zur Quantifizierung der Arzt-Patienten-Beziehung

W. Herzog beschrieb die Arbeit seiner Abteilung in der Tradition von V.v.Weizsäcker, R. Siebeck, P. Christian und P. Hahn, dem es mit seiner „Neugier am Einzelfall“ immer ein Anliegen geblieben ist, die Vielfalt und Brauchbarkeit der psychosomatischen Theorien am Einzelfall zu überprüfen. Ein Schwerpunkt der Forschungsarbeit der Klinik ist neben der Grundlagenforschung die Beforschung der praktischen Umsetzung psychosomatischer Theorien, und zwar immer auch unter Berücksichtigung des äußeren Rahmens, in dem sie stattfindet. *W. Herzog* wies auf die Gefahr hin, die darin liegt, daß die dargestellte Theorie einen Grad an Komplexität erreicht, aus der sich übermenschliche Anforderungen ableiten mit dem Effekt, daß sie auf der praktischen Ebene nicht mehr faßbar ist.

Er forderte, daß in der Forschung die Reduktion dieser Theorie möglich sein muß, um handlungsfähig zu bleiben. Hinzu kommt das Problem, daß die äußeren Rahmenbedingungen – der Einfluß der Politik und der knappen finanziellen Ressourcen – zunehmend den Inhalt der Forschung beeinflussen. Konsequente Drittmittelinwerbung hat zu Akzeptanz der Arbeit auch auf der Verwaltungsebene geführt. Der Schwerpunkt soll mehr in Richtung „Gesundheitsforschung“ im Gegensatz zu „Krankheitsforschung“ verlagert werden, vor allem unter dem Eindruck von Faktoren wie

- neue verbesserte medizinisch-technische Behandlungsmethoden
- Zunahme von chronischen Erkrankungen
- Zunahme von komplexen Krankheitsbildern

Zur Verdeutlichung diene das Beispiel der Entwicklung von Angststörungen bei Patienten mit implantiertem Defibrillator.

Untersuchungen an unausgelesenen Patienten, die über die Notaufnahme in die Klinik kamen, ergaben, daß 32,8% neben ihrer internistisch definierten Erkrankung als „psychisch auffällig“ im Sinne der ICD 10 einzustufen waren.

Daraus leiten sich besondere Anforderungen an die internistische und psychosomatische Kompetenz der Behandler ab, die sich in 3 Prinzipien charakterisieren lassen:

- Prinzip 1 : Niederschwelligkeit der psychotherapeutischen Angebote
- Prinzip 2: Gestufte Angebote
- Prinzip 3: Kooperation interdisziplinär innerhalb und außerhalb der Klinik

Im Rahmen dieser Forschungen stellte sich heraus, daß trotz sehr hoher Psychotherapeutendichte im Raum HD von den Patienten mit funktionellen Herzbeschwerden noch $\frac{2}{3}$ während ihres Aufenthaltes in der Klinik psychotherapeutische Angebote annehmen, daß aber danach ambulant nur noch $\frac{1}{3}$ der Patienten eine kompetente psychotherapeutische Behandlung erhalten. Daraus ergeben sich neue Fragestellungen für weitere Forschungen, z.B. wie Kooperation sich besser organisieren läßt. Dies führte im Bereich der Patienten mit Herztransplantation zu einem interdisziplinären Konzept psychosomatischer Versorgung zwischen Kardiologen, Kardiochirurgen und Psychosomatikern. Auf den Stationen der Klinik finden regelmäßig wöchentliche Fallkonferenzen zur Teamsupervision statt. Dabei hat sich die Kooperation der ärztlichen und der übrigen Berufsgruppen verbessert, und zwar um so mehr, je länger die Betroffenen an den Teamsupervisionen teilgenommen hatten.

Als weiterführende Zielsetzungen wurde exemplarisch formuliert:

- praktische Aspekte integrierter Arbeit pragmatisch evaluieren
- Interesse für sog. „Brückenparameter“ als Versuch, somatische Grundlagen für psychosomatische Prozesse abzubilden
- Vermehrtes Interesse an Verläufen, Katamnesen
- Untersuchung von Interaktionsaspekten, z.B. in Familiengesprächen mit Patienten und Angehörigen

Exemplarische Fragen aus der Diskussion des Referates:

- Aspekte der Kooperation – wo bleibt das Drittel der Patienten, die nach Verlassen der Klinik keine qualifizierte psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen? Gehen sie „verloren“ oder gibt es eine integrierte Betreuung auf anderen Ebenen, z.B. durch psychosozial kompetente weiterbehandelnde Hausärzte/Fachärzte?
- Kommt die qualitative Forschung zugunsten der quantitativen Forschung zu kurz, weil die quantitative Forschung eine höhere Chance auf Fördermittel hat? Wie paßt das in unseren integrierten Ansatz?
- Wenn die Dichte der qualifizierten psychotherapeutischen Angebote nicht mit dem Ausmaß an psychischer Gesundheit korreliert, wie können andere Angebote, z.B. abgestufte Hilfen in der ambulanten Primärversorgung verbessert werden?
- Müssen wir unseren Wissenschaftsbegriff klarer definieren (z.B. was bedeutet „Verbesserung medizinisch-technischer Behandlungsmethoden“?)
- Ist unser integrierter Ansatz „schlecht verkäuflich“ (im Sinne von Fördermitteln)?
- Gehen durch Anknüpfung der Forschungsansätze an unterschiedliche Außenbedingungen zentrale Aspekte der integrierten Medizin verloren? (z.B. was bedeutet der Begriff „psychisch auffällig“?)
- Vernachlässigen wir positive Aspekte in der Diskussion? (z.B. Verbesserung des Kooperationsklimas innerhalb der Klinik, Weiterbestand der Klinik trotz gegenteiliger Planung auf Verwaltungsebene)

J. Jünger stellte ein Forschungsprojekt in Kooperation der II.Med.Abt. der Universitätsklinik Heidelberg mit der Rehabilitationsklinik Königstuhl vor, das Anfang Juni 99 mit 200 Patienten gestartet wurde. Ausgangspunkt für die Arbeitsgruppe war die Erfahrung im Stationsalltag, daß die Herzinsuffizienz im Vergleich zu den übrigen Herz-

erkrankungen eine Art „Aschenputteldasein“ führt, obwohl die Prävalenz der Erkrankung steigt, die Mortalität hoch ist und sie die höchste Rehospitalisierungsrate aller internistischer Erkrankungen aufweist. Die Folge sind hohe Kosten. Bisher war die meist pharmakologische Forschung auf Senkung der Mortalität zentriert. Der neue Aspekt an dieser Studie ist die Fragestellung, wie kann neben der Senkung der Mortalität die Lebensqualität der Patienten verbessert werden. Eine Untersuchung mit Carvedilol hat beispielsweise ergeben, daß zwar die Mortalität gesenkt werden kann, die Lebensqualität sich jedoch nicht verbessert? Andererseits hatte eine andere Studie gezeigt, daß 1/3 der Patienten mit Erkrankungsstadium NYHA III trotz einer massiv erniedrigten EF von 20% ihre Lebensqualität als „gut“ einstufen. Weiter wurde ermittelt, daß die Lebensqualität parallel zum Schweregrad der Erkrankung abnimmt (gesund > NYHA I > NYHA II > NYHA III). Die Parameter „Angst“ und mehr noch „Depressivität“ nehmen mit ansteigendem NYHA-Stadium zu.

Dies führte die Arbeitsgruppe zu einem „hypothesengeleiteten Strukturmodell“ von Lebensqualität, in das u.a. neben den funktionellen Parametern wie Zeitaufwand für eine definierte Gehstrecke das NYHA-Stadium, das Ausmaß an Depressivität und Angst sowie die Kompetenzerwartung an den Behandler und deren Interdependenz eingehen. Erste Ergebnisse weisen darauf hin, daß die Verbesserung der Parameter Angst und Depressivität gleichzeitig die funktionellen Parameter (Gehstrecke) verbessert. Das „hypothesengeleitete Strukturmodell“ wird nun in Kooperation mit der Rehaklinik in ein Rehaprogramm umgesetzt, das neben herkömmlichen internistischen Maßnahmen auch Elemente zur Verbesserung der psychischen Verarbeitung unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes (Familienmitglieder) enthält. Verglichen werden 130 Patienten in diesem erweiterten Programm mit 70 Patienten, die ein herkömmliches Rehaprogramm ohne zusätzliche Maßnahmen durchlaufen.

Exemplarische Fragen und Stellungnahmen aus der (ausgesprochen kontroversen) Diskussion:

- Ist es ethisch von einem integrierten Standpunkt aus vertretbar, eine Randomisierung vorzunehmen, in der man der einen Gruppe etwas vorenthält, von dessen positiver Wirkung für die Patienten man überzeugt ist?
- Ist der unscharfe Begriff „Lebensqualität“ geeignet, im Sinne einer integrierten Forschung verwertbare Ergebnisse zu liefern? Wären „Angst“ und „Depressivität“ Parameter mit klarerer Definition?
- Fördert ein solches „hypothesengeleitetes Strukturmodell“ die Autonomie der Patienten?
- Wie weit darf unter den Aspekten einer integrierten Medizin in solchen Studien die Anpassung an herkömmliche Forschungsansätze gehen?
- Dürfen individuelle Passungsprobleme in einem solchen Rehaprogramm zugunsten einer Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Gesamtstudie vernachlässigt werden?
- Was bewirkt eine solche Studie innerhalb der Institution, in der sie stattfindet, in Bezug auf integrierte Denkansätze bei den praktisch Beteiligten?
- Die Studie zeigt die massive Desintegration des gängigen Medizinbetriebes auf, solche Studien tragen dazu bei, diese Desintegration abzubauen.

Franz Porszolt (Arbeitsgruppe Klinische Ökonomik, Klinikum der Universität Ulm) berichtete über den Versuch, die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung quantitativ zu erfassen. Die Forschungsansätze stehen erst am Anfang und gehen von Ergebnissen der bisher gängigen Placeboforschung aus. Dabei ist die zentrale Hypothese, daß der Placeboeffekt mit der Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung korreliert. Die Studie befindet sich derzeit in der Phase der Methodenfindung. Unterschiedliche Methoden sollen auf ihre Tauglichkeit geprüft werden, die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung zu beschreiben. Mehrere Lösungswege wurden diskutiert.

Exemplarisch einige Stellungnahmen aus der Diskussion:

- die Erfassung der Arzt-Patienten-Beziehung in ihrer qualitativen Komplexität ist quantitativ überhaupt nicht möglich, allenfalls in einzelnen Teilaspekten
- die Dimension der „gemeinsamen Wirklichkeit“ ist ein wesentliches Element der Arzt-Patienten-Beziehung
- Bipersonalität in der Arzt-Patienten-Beziehung bedeutet nicht, daß Arzt und Patient dieselbe Meinung haben
- Der Beratungsanlaß und die Interventionsstrategie bestimmen den Ausgang des Passungsprozesses in der Arzt-Patienten-Beziehung
- Wenn der Passungsprozeß in der Arzt-Patienten-Beziehung vernachlässigt wird, besteht die Gefahr, daß Zufriedenheit in der Arzt-Patienten-Beziehung Folge eines neurotischen sozialen Arrangements ist

(Protokoll: P.Herzog)

Die Diskussion über alle drei Referate machte deutlich, wie schwierig es ist, einerseits innovative Meta-Modelle für eine integrierte Medizin zu entwickeln, andererseits „anzukoppeln“ an die momentane gesellschaftliche Wirklichkeit mit einer in hohem Maße desintegrierten Medizin, die als additives Modell immer noch unter großem Legitimationsdruck steht. (W.Geigges)

* * * * *

Institutionen stellen sich vor

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

Bereich Psychosomatische Medizin der SEGEBERGER KLINIKEN GMBH

Am Kurpark 1 , 23795 Bad Segeberg

Die SEGEBERGER KLINIKEN GMBH ist eine Fachklinik mit den Akutbereichen Herzchirurgie, Kardiologie und neurologische Frührehabilitation sowie mit den Rehabilitationsbereichen Kardiologie, Neurologie und Psychosomatische Medizin mit insgesamt 650 Betten. Die Besitzer leiten als Geschäftsführerin (M. Borchert) und Ärztlicher Direktor bzw. Leitender Kardiologe (Prof. Dr. W. Huhmann) die Klinik. Der Bereich Psychosomatische Medizin hat sich aus der kardiologischen Rehabilitation heraus entwickelt und wurde 1988 als eigener Bereich selbständig. Bei einer Belegung von derzeit etwa 115 Patienten wird er bislang als reiner Rehabilitationsbereich geführt, Akutbetten sind beantragt.

Kostenträger und Indikationsspektrum

Kostenträger sind die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, die Landesversicherungsanstalten der verschiedenen Bundesländer sowie mit zunehmender Tendenz die Krankenkassen. Behandelt wird das gesamte Spektrum aus dem Bereich Psychosomatik/Psychotherapeutische Medizin. Besondere Behandlungsschwerpunkte bestehen für

- Angststörungen,
- Depressionen,
- Patienten mit psychischer bzw. psychosomatischer und somatischer Komorbidität,
- chronischen Schmerz,
- Gerontopsychosomatik sowie
- psychosomatisch erkrankte türkische Migranten.

Die Krankenkassenpatienten werden überwiegend regional zugewiesen (Schleswig-Holstein und Hamburg), insbesondere die türkischen Migranten kommen aus dem gesamten Bundesgebiet in die Klinik.

Mitarbeiterstruktur

Das Behandlungsteam umfaßt derzeit 7 Ärztinnen und Ärzte sowie 11 Psychologinnen und Psychologen (z. T. in Teilzeit). Die ärztlichen Mitarbeiter verfügen in der Regel über eine somatische Qualifikation (Innere Medizin, Allgemeinmedizin) und eine psychotherapeutische Ausbildung. 7 der 11 Psychologen sind als psychologische Psychotherapeuten approbiert. Die psychotherapeutische Orientierung der meisten Mitarbeiter ist eine tiefenpsychologische oder verhaltenstherapeutische, daneben gibt es gesprächspsychotherapeutisch und gestaltpsychotherapeutisch ausgebildete Therapeuten im Team. Eine Ärztin im Praktikum und 3 der psychologischen Psychotherapeuten sind bilingual (türkisch-deutsch), so daß ein psychosomatisches Heilverfahren in türkischer Sprache angeboten werden kann. Dem Bereich Psychosomatische Medizin sind des weiteren 12 Krankenschwestern sowie Krankengymnastinnen, Ergotherapeuten, Sport- und Gymnastiklehrer, Sozialarbeiter, Masseur, Diätassistentin (ca. 16 Vollkräfte) zugeordnet.

Inhaltliche Konzeption

Im Bereich Psychosomatische Medizin der SEGEBERGER KLINIKEN sind wir um eine Integrierte Medizin auf der Basis des somato-psycho-sozialen Krankheitsmodelles bemüht. Das wird an 3 Punkten besonders deutlich:

1. Der Bereich Psychosomatische Medizin ist aus der Kardiologie entstanden, alle ärztlichen Mitarbeiter waren auch im Bereich Kardiologie der Klinik tätig, es finden weiterhin eine Mitarbeiterrotation statt und neben gemeinsamen Besprechungen auch zahlreiche informelle Kontakte in der Klinik. Die gesamte technische Ausstattung (Endoskopie, Sonographie, Echokardiographie, Herzkatheter, EEG, EMG, Kernspintomographie usw.) der Bereiche Kardiologie und Neurologie stehen auch den psychosomatischen Patienten uneingeschränkt zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund erfolgt die Belegung durch die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, den Hauptbeleger der Klinik, schwerpunktmäßig mit Patienten mit psychischer bzw. psychosomatischer und somatischer Komorbidität. Beispiele hierfür sind Depressionen oder Angststörungen nach Herzinfarkt, Herzoperation oder Schlaganfall oder somatoforme Störungen (z. B. Schwindel, Parästhesien, Schmerzen) bei neurologischen Erkrankungen wie Multipler Sklerose. Um diesen Problemstellungen gerecht zu werden, werden die Chefvisiten regelhaft gemeinsam mit einem Internisten durchgeführt.

2. Medizinische Rehabilitation zielt generell auf die Erhaltung und Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit des ganzen Menschen im Privatleben und im Beruf, d. h. ein somato-psycho-soziales Krankheitsmodell ist in der medizinischen Rehabilitation ohnehin stärker verankert als in der Akutmedizin.
3. Schließlich sind die Grundannahmen der Integrierten Psychosomatischen Medizin auch eine wichtige Voraussetzung für den Einsatz verschiedener Psychotherapieschulen. In der Abteilung wird eine differentielle Indikationsstellung praktiziert, d. h. die in einer Woche eingetroffenen Patienten werden in einer Verteilungskonferenz ihren Psychotherapeuten zugeteilt, wobei versucht wird, eine möglichst gute Passung zwischen Störung, Persönlichkeit und Therapievorstellungen des Patienten einerseits und psychotherapeutischer Methode und Persönlichkeit des Therapeuten andererseits herbeizuführen, d. h. es wird jeweils reflektiert, mit welchem Modell dem Problem des Patienten am besten gerecht zu werden ist.

Über den Bereich Psychosomatische Medizin hinaus sind Ansätze für eine integrierte Patientenversorgung auch in den anderen Fachgebieten des Hauses, insbesondere in der Kardiologie und der Herzchirurgie, verwirklicht. Eine Mitarbeiterin des Bereichs Psychosomatische Medizin ist schwerpunktmäßig für die Versorgung der Herzpatienten eingesetzt, beispielsweise werden regelhaft präoperative psychosomatische bzw. psychologische Konsile durchgeführt. Integrierte Medizin bedeutet damit im Bereich Psychosomatische Medizin der SEGEBERGER KLINIKEN vor allem

- die enge Verzahnung mit den somatischen Fachbereichen des Hauses,
- die generelle Orientierung an einem somato-psycho-sozialen Krankheitsmodell sowie
- der reflektierte Einsatz unterschiedlicher psychotherapeutischer Modelle mit dem Ziel einer möglichst guten Passung zwischen Patient und Therapeut.

(Priv. Doz. Dr. C. Schmeling-Kludas, Ltd. Oberarzt des Bereichs Psychosomatische Medizin)

TINNITUS-KLINIK AROLSEN

Große Allee 3, 34454 Bad Arolsen

Träger: Tinnitus-Klinik Große Allee GmbH

Gesellschafter, Geschäftsführer und ärztliche Leiter: Dr. med. Gerhard Hesse, Arzt für HNO-Krankheiten und Manfred Nelting, Arzt für Allgemeinmedizin – Psychotherapie/Homöopathie

Bettenzahl: 105

Mitarbeiterstruktur: (therapeutisch) 12 Ärzte, davon 6 Fachärzte (2 x HNO, 1 x Psychotherapie Med. + Psychiatrie, 1 x Neurologie + Psychiatrie, 1 x Anästhesie, 1 x Allgemeinmedizin, 3 x Zusatzbezeichnung Psychotherapie), 13 psychologische Psychotherapeuten, 7 Pflege- und Hörtherapeuten, 5 Tai Chi/Qi Gong – Lehrer, 5 Masseur, 1 Diplom-Sportlehrer

Gesamtpersonal: 112 Personen

Einzugsgebiet: Alle Bundesländer, Österreich, Schweiz, Luxemburg

Kostenträger und Klinikstatus: Für 58 Betten der Klinik besteht ein Rehabilitationsbehandlungsvertrag nach § 111 SGB V, dem sämtliche gesetzliche Krankenkassen beigetreten sind; für den Akutklinik- und Krankenhausbereich geben die gesetzlichen Krankenkassen in der Regel bei dekompensierten Patienten eine Kostenzusage als Einzelfallentscheidung, wenn durch HNO-Arzt bzw. Psychotherapeuten eingewiesen. Für Patienten der privaten Krankenversicherungen gilt: die Tinnitus-Klinik ist als Krankenhaus von allen Privatkassen anerkannt. Bei nicht akutklinischer Behandlung ist aufgrund der Einstufung als gemischte Anstalt eine Kostenzusage vor Behandlungsbeginn einzuholen.

Die Einweisung erfolgt in der Regel bei Dekompensation bzw. aufgrund der Notwendigkeit stationärer Psychotherapie, die von einem Psychotherapeuten bescheinigt werden sollte.

Indikationsspektrum: Akuter Hörsturz, akuter Tinnitus, Dekompensation eines chronisch komplexen Tinnitus/Hyperakusis mit und ohne begleitende Hörminderung, schwere auditive Wahrnehmungsstörung und zentrale Fehlhörigkeit bei Kindern, Morbus Menière oder menièreforme Symptomatik, Endolymphhydrops und verwandte Erkrankungen sowie psychiatrisch/psychopathologische Co- oder Folgemorbidität der Tinnituserkrankungen.

Stellenschlüssel: etwa 1 Arzt und 1 Psychologe auf 8 Patienten, 1 Pflege- und Hörtherapeut/in auf 15 Patienten, 1 Tai Chi-Lehrer/in und 1 Masseur auf jeweils 21 Patienten

Inhaltliche Konzeption:

Die Klinik wird von Dr. med. Gerhard Hesse, Arzt für HNO-Krankheiten, und Manfred Nelting, Arzt für Allgemeinmedizin/Psychotherapie, interdisziplinär geleitet. Die Patienten werden, soweit planbar und vom Krankheitsbild her möglich, als Kleingruppen von 8 – 11 Patienten aufgenommen und von einem Team behandelt. Das Team besteht i.d.R. aus Arzt, psychologischen Psychotherapeuten, Pflege- und Hörtherapeut/in, Tai-Chi/Qi Gong-Lehrer/in und Masseur/in und wird von einem Oberarzt bzw. leitenden Arzt betreut und supervidiert. Das zugrundeliegende Menschenbild geht von der Vorstellung aus, daß der Mensch ein psychosomatisches Wesen ist sowohl in gesunden als auch in kranken Tagen unter ausdrücklicher Würdigung sowohl somatischer als auch psychischer Gegebenheiten. Unter dieser psychosomatischen Sichtweise wird versucht, neurootologische, körper- und psychotherapeutische Behandlungsansätze über die Teamarbeit integriert mit dem Patienten durchzuführen. Konzeptuell soll das Team möglichst umfassend ein sowohl sinnliches „Bild“ von der Wirklichkeit des Patienten erlangen als auch analytisch kausal Zusammenhänge erfassen, die aus der Wirklichkeit des Patienten heraus relevant erscheinen. Hierbei spielt eine exakte neurootologische Diagnostik eine ebenso wichtige Rolle wie die Einbeziehung der Wahrnehmungen im Erstkontakt und Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle. Wir nennen unsere Arbeit Beziehungsmedizin und möchten in der Therapie menschliche Begegnung und tiefe „Berührung“ ermöglichen.

Eine Zusammenarbeit mit der AIM besteht seit 1995.

Die Klinik ist undogmatisch auch im psychotherapeutischen Bereich, es wird sowohl psychoanalytisch als auch z.B. gestalttherapeutisch oder verhaltenstherapeutisch gearbeitet. Die Klinik fühlt sich den sog. exakten Wissenschaften verbunden, solange dies dem Erkenntnisgewinn dient. Eine Wissenschaftlichkeit, die keine Verantwortung für die Relevanz von Einzelergebnissen im Gesamtkontext hat oder die Rolle des Beobachters als Einflußgröße im untersuchten System Mensch negiert, lehnen wir als pseudowissenschaftlich ab.

Die Klinik arbeitet mit mehreren Universitäten in neurootologischen und psychotherapeutischen Fragestellungen zusammen.

In Bezug auf das Tinnitusleiden bzw. Leiden durch gestörte Sinneswahrnehmungen wollen wir mit jedem Patienten ein jeweils individuelles Modell seiner Erkrankung und der darin wahrzunehmenden Wirkzusammenhänge entwickeln. Die Gesamtarbeit entspricht einem Setting stationärer Psychotherapie, in der die Begriffe Eigenarbeit, Selbsterfahrung und Selbsterforschung hoch bedeutsam sind. Die Aufenthaltsdauer der Patienten beläuft sich auf in der Regel 5 – 8 Wochen. Alle Patienten werden nach einem halben sowie nach 1 ½ Jahren erneut für Katamnesezwecke befragt. Darüber hinaus bildet die Klinik in der hierfür gegründeten Akademie EAR-H e. V. (s. homepage der Tinnitus-Klinik) HNO-Ärzte und Psychotherapeuten für die genannten Indikationen weiter, um eine adäquate Nachsorge zu erreichen.

Weiterhin werden an der Tinnitus-Klinik erstmalig in Deutschland in Zusammenarbeit mit Prof. Ptok, Leiter der Klinik und Poliklinik für Phoniatrie und Pädaudiologie an der Medizinischen Hochschule Hannover, Kinder mit zentralen auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen in einem 3-wöchigen stationären bzw. teilstationären Setting behandelt.

Veröffentlichungen der Klinik bzw. von Mitarbeitern der Klinik: s. homepage der Tinnitus-Klinik: <http://www.tinnitus-klinik.de>.

(M.Nelting, Ltd.Arzt der Tinnitus-Klinik, Bad Arolsen)

Klinik für Psychosomatische Medizin der HENRIETTENSTIFTUNG HANNOVER

Schwemannstr.19, 30559 Hannover

Träger: Henriettenstiftung Hannover

Leitender Arzt: Dr. med. W. Kämmerer, Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse

Bettenzahl: 27

1998: Stationäre Patienten: 196; Verweildauer 46,8 Tage. Konsiliarisch wurden 985 Patienten mit 1.531 Kontakten im 603-Betten-Krankenhaus der Henriettenstiftung mit 13 verschiedenen Abteilungen betreut. Hinzu kommen 30 Familientherapien und Autogenes Training von 85 Patienten,

Mitarbeiterstruktur: Ärzte (inkl. Leitung): 4 ganze Stellen, 4 halbe Stellen, 1AIP; 1 Psychologin, 1 Musiktherapeut, 1 Sozialarbeiter (2 halbe Stellen), 2 1/2 Sekretariatsstellen

Einzugsgebiet: Großraum Hannover im Umkreis von ca 100 km mit ca 3 Mio. Einwohnern

Kostenträger : Alle Krankenkassen

Indikationsspektrum: Internistische Psychosomatik, keine Altersbegrenzung nach oben:

- | | |
|--|------|
| – Autonome somatoforme Funktions- und Schmerzstörungen | 22 % |
| – Eßstörungen | 23 % |
| – Körperliche Multisymptomatik bei schweren Persönlichkeitsstörungen | 17 % |
| – Körperbezogene Angststörungen | 20 % |
| – Dissoziative Störungen (Traumapatienten) | 13 % |
| – Gruppenbehandlung bei schweren organdestraktiven Erkrankungen | 5 % |

Stellenschlüssel: etwa 1 Arzt und 1 Psychologe auf 8 Patienten, 1 Pflege- und Hörtherapeut/in auf 15 Patienten, 1 Tai Chi-Lehrer/in und 1 Masseur auf jeweils 21 Patienten

Inhaltliche Konzeption: Die Konzeption der Klinik ist ausführlich in dem Buch *Th.v.Uexküll: Integrierte Psychosomatische Medizin in Klinik und Praxis* (Schattauer, Stuttgart) dargestellt. Die Frage, wie ein therapeutischer Zugang zu körperlichen Beschwerden mit Worten möglich ist, ist dabei von besonderem Interesse. Die Erfahrungen der Klinik haben gezeigt, daß es möglich ist, sowohl autonome Funktions- und Schmerzstörungen als auch Schmerzen und Zustände nach schweren organdestraktiven Prozessen mit einem in besonderer Weise strukturierten Dialog („Elternsprachliches Benennen“) und mit Hilfe des „Psychosomatischen Fokus“ anzusprechen. Dabei geht es weniger um die Schmerz- bzw. Beschwerdephysiologie als um das Körpererleben im Sinne des Körperbilds von *Paul Schilder* (1952) bzw. der „Subjektiven Anatomie“ von *Th.v.Uexküll*, das in der therapeutischen Begegnung (Szene) und vor dem biografischen Hintergrund gedeutet wird. Für diese Besonderheit erfährt die Klinik Anerkennung in der Region. (Näheres dazu vgl. *Kämmerer (Hrsg.): Körpersymptom und Psychotherapie.* – Zum Umgang mit dem Symptom: Theorie und Klinik psychoanalytischer Psychosomatik und Fokalthherapie (2. Auflage demnächst bei VAS, Frankfurt am Main).)

(nach einer Mitteilung von Dr.W.Kämmerer, Ltd.Arzt der Psychosomatischen Abteilung des Krankenhauses Henriettenstift, Hannover)

* * * * *

Berichte aus den Regionalgruppen

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

Regionalgruppe Münster

Der Münsteraner Arbeitskreis ist organisiert als Forum für Integrierte Medizin. Teilnehmer/innen verschiedener medizinischer Heilberufe (Krankenschwester, Physiotherapeut, Ergotherapeutinnen, Musiktherapeut, Psycholog/innen, niedergelassene Ärzte verschiedener Fachrichtungen und 2 Uni-Professoren) haben bei den monatlichen Treffen Gelegenheit, ein Thema aus ihrem Arbeitsgebiet vorzustellen und in dieser Runde zu diskutieren. Der integrative Aspekt lag im letzten Jahr in der Sammlung und Integration der nach Standort und Blickrichtung unterschiedlichen Sichtweisen der Teilnehmer. Die Vorträge wurden in einem Jahrbuch zusammengefaßt, um als Diskussionsgrundlage in diesem Jahr zur Verfügung zu stehen.

Das Jahr 1999 begann unsere Gruppe mit der Erarbeitung der v.Uexküll'schen Theorie der Humanmedizin und ihrer Erprobung an einer Falldarstellung. Die Arbeit dieses Jahres, die wie im Vorjahr weitergeführt wird, nimmt nun diese Theorie zur Leitlinie und wird damit zur integrierten Medizin im engeren Sinne.

Seit der Jahrestagung 1998, angestoßen durch eine Nachfrage Thure v. Uexkülls, befassen wir uns in der Kerngruppe des Forums mit der Dokumentation unserer Zusammenarbeit. Als Werkzeug dafür haben wir uns für den Psy-Ba-Do* entschieden, mit dem wir gleichzeitig die notwendige Qualitätssicherung durchführen können. Für unsere gemeinsame Arbeit haben wir zusätzlich einen Überweisungs- und Mitbehandlungsbogen entworfen, aus dem sich die Überweisungsindikation und das Behandlungsergebnis entnehmen lassen.

Prof. Heuft, der neue Münsteraner Lehrstuhlinhaber für Psychosomatische Medizin und Mitautor des Psy-Ba-Do ist zu unserer Arbeitsgruppe gestoßen und wird uns im Umgang mit diesem Dokumentationssystem beraten. (G.Schlitt, Münster)

*Psy-Ba-Do: Basisdokumentation der Psychotherapeutischen Fachgesellschaften zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie

Regionalgruppe Hannover

Seit 1997 besteht eine Regionalgruppe der AIM in Hannover. Unter der Leitung von Dr. W.Kämmerer treffen sich etwa 20 Kollegen fünf Mal im Jahr zu folgenden Themen:

- Der interessante psychosomatische Patient
- Besondere Aspekte der Integration psychosozialer Risikofaktoren und Ressourcen in der Behandlung von Patienten.
- Behandlungstechnische Besonderheiten bei psychosomatischen Patienten
- Schwierigkeiten der Handhabung der Arzt-Patient-Beziehung und des sozialen Netzes bei der Behandlung dieser Patienten.

Die Gruppe erarbeitet diese Themen durch Referate und nutzt die Möglichkeiten der reflektierten Kasuistik (aus den jeweiligen Praxen der überwiegend niedergelassenen Kollegen aus allen Fachgebieten) zur Erarbeitung veränderter Sicht- und Zugangsweisen zum Patienten und zur Arzt-Patient-Beziehung.

(W. Kämmerer, Hannover)

* * * * *

Der interessante Fall

Die Droge Arzt – Soziale Unterstützung als Placeboeffekt?

Vorgeschichte:

Die 38-jährige Patientin hat seit 4 Monaten Herzrasen, Schwindel, Kribbeln in den Gliedmaßen, innere Unruhe, Angst, Übelkeit und Druck im Hals (Zeichen einer Angststörung).

Nach einer Operation der Gallenblase bekam sie 1987 eine zeitlang Durchfall, bis zu 7 Mal am Tag (im Rahmen einer Operationsverarbeitung entstehende, passagere vegetativ-phobische Reaktionsbereitschaft).

Ihr zweites, 1987 geborenes Kind starb an einer Herzfehleroperation im 5. Lebensjahr, was für die Patientin bis heute (1999) schlimm ist – sie weint (erster Objektverlust).

Vor zwei Jahren starb die Schwiegermutter, mit der sie ein enges und gutes Verhältnis hatte, an Leukämie (zweiter Objektverlust = Verlust sozialer Sicherheit).

Vor 4 Monaten kommt ein enger Freund der Familie, mit dem sie Ski fährt, nicht von der Piste zurück: Nach einem Sturz wird er mit einem schweren Hirnschaden in ein Krankenhaus eingeliefert und stirbt dort. Sie sagt: „Ich habe wieder die Betmutter für seine Kinder gemacht“ (dritter Objektverlust – sie behandelt die Kinder so, wie sie gerne selbst behandelt werden möchte).

Der **Hausarzt** findet organisch nichts außer einem Kaliummangel. Er verordnet einen Betablocker und Tromcardin. Die **Beschwerden bessern sich umgehend**, ohne daß man zunächst phobisch-vegetative Symptome und Kalium in Verbindung bringen würde.

Die Lösung besteht in der Wirkung der **Droge Arzt**: Das Kümmern des Arztes und das Aufspüren eines organischen Mangels repräsentiert stellvertretend den durch Objektverluste entstandenen sozialen Mangel (Rückhalt

durch die Gemeinschaft). Die Verschreibung eines Medikaments symbolisiert für die Patientin: Es gibt eine Stärkung gegen den Mangelzustand.

Der **Kaliummangel** wird von der Patientin jetzt aber **phobisch verarbeitet**: Er nimmt einen wesentlichen Teil ihrer Gedanken- und Phantasietätigkeit ein: Sie grübelt ständig über Ursachen und mögliche Gefahren nach, um nicht wieder einen Schaden zu erleiden. Dies kann sie, weil der Hausarzt ihren Beschwerden die Bedeutungserteilung „durch Kaliummangel“ gegeben – und dadurch eine Bedeutungskoppelung hergestellt hat.

Dies führt zu immer neuen organmedizinischen Untersuchungen, mit denen sie unbewußt versucht, von ihrem Arzt den sozialen Rückhalt wiederzuerlangen, der ihr verloren ging. Der **Kaliummangel repräsentiert** jetzt in ihrer Realität stellvertretend den **sozialen Mangel**, der nach Hoffmann immer mit Angststörungen verbunden ist (Tod, Trennung, im Stich gelassen werden, überfordert sein, ...). Aber sowohl der Arzt als auch Kaliumgaben können den ursprünglichen sozialen Mangel durch Objektverlust nicht kompensieren.

Wenn der Arzt den Repräsentationscharakter des Kaliummangels nicht identifiziert und nicht benennt, läßt er sich auf die phobische Abwehr der Patientin ein, so daß keine Heilung möglich wird.

(Dr. med. L. Albers, Deutsche Klinik für Diagnostik, Fachbereich Psychosomatische Medizin, Aukammallee 33, D-65191 Wiesbaden Tel. 0611/57 72 52, fax: 06131/33 72 04, e-mail : psysom@aol.com)

Initiativen – Projekte – Forschung

Hamburg: Konzeption des Forschungsprojektes: Kommunikationsprozesse in der Sprechstunde des integriert arbeitenden Hausarztes

Das Forschungsprojekt am Arbeitsschwerpunkt Allgemeinmedizin und Gesundheitssystemforschung, Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf wird von der Carl-Gustav-Carus-Stiftung gefördert.

Thema ist, wie die subjektive Wirklichkeit des Patienten in der Sprechstunde von Hausärzten, die sich selbst als integriert arbeitend verstehen, kommuniziert wird. Dabei soll einem wesentlichen Inhalt, nämlich den Krankheitskonzepten oder -theorien von Patienten besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Konkrete Fragestellungen sind unter anderem

- Welche Aspekte von Patientenkonzepten kommen in der hausärztlichen Sprechstunde zur Sprache? Wie unterscheidet sich die Sicht des Patienten von der des Arztes?
- Wie geht der Arzt mit diesen Informationen um?
- Wie ermutigt der Arzt den Patienten, seine Konzepte zu äußern? Welchen Anteil an den Gesprächsinhalten nimmt die subjektive Sicht des Patienten ein? Was äußert der Patient spontan bzw. auf Nachfrage?
- Was weiß bzw. denkt der Arzt neben dem, was angesprochen wird, über die subjektive Sicht des Patienten? Was äußert der Patient, wenn man ihn gezielt fragt? In wieweit stimmen diese Aussagen überein?

Um diese Fragen zu untersuchen, werden bei drei Hausärzten Sprechstundengespräche aufgezeichnet und ausgewertet. Im Anschluß werden sowohl der Patient als auch der Arzt befragt. In den Interviews mit beiden geht es unter anderem um die subjektiven Krankheitskonzepte des Patienten, um das Wissen des Arztes darum, um die Arzt-Patient-Beziehung und das aufgezeichnete Gespräch. Vor der Untersuchung der einzelnen Fälle erzählten die beteiligten Ärzte in sogenannten Grundsatzinterviews über ihr Selbstverständnis und ihre Auffassung von integrierter Medizin.

Natürlich können diese Fälle (es sollen ca. 30 werden) nicht als repräsentativ gelten. Zur Auswertung werden Methoden der qualitativen Sozialforschung benutzt, angelehnt an Prinzipien der „Grounded Theory“ und der „Gesprächsanalyse“. Die beteiligten Ärzte werden in den Auswertungsprozeß miteinbezogen, indem die Ergebnisse zu verschiedenen Zeitpunkten mit ihnen diskutiert und gemeinsam weiter entwickelt werden.

Start war im September 1998, die Laufzeit soll 2 Jahre betragen, erste Ergebnisse liegen bereits vor. Im nächsten AIM-Telegramm soll über weitere Ergebnisse berichtet werden.

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

Hannover: Zur interaktiven Bedeutung der komplementären Verfahren in der hausärztlichen Praxis – Bericht über ein Forschungsprojekt der Abt. Allgemeinmedizin der MHH in Hannover

Komplementäre Verfahren erfreuen sich steigender Wertschätzung sowohl bei nachfragenden Patienten als auch bei anwendenden Ärzten. Die allgemeinmedizinische Praxis ist statistisch der häufigste Anwendungsort dieser gemeinhin als „Naturheilverfahren“ bezeichneten Form ärztlicher Intervention. Bislang naturwissenschaftlich ausgerichtete Begründungsversuche werden aber dem Phänomen nicht gerecht. Vielmehr bedarf es einer dem aktuellen allgemeinmedizinischen Paradigma angemessenen Argumentation. Dieses Paradigma ist aber eines der Beziehung und des Kontaktes (McWhinney, Abholz). Somit haben wir uns – ausgehend von einer Placebodiskussion in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin im Anfang der 90er Jahre – um interaktive, psychodynamische und pharmakosemiotische Aspekte komplementärer Verfahren in der Allgemeinpraxis bemüht.

Methoden der qualitativen Sozialforschung sind am besten geeignet, metaphorische Aspekte von Homöopathie, Misteltherapie und Kneippschen Anwendungen zu erfassen.

So läßt sich mittels Transkriptanalyse homöopathischer Beratungsanlässe (objektive Hermeneutik nach Oevermann) recht gut die regressive Ikonfunktion der homöopathischen Interaktion aufzeigen, die im homöopathischen „Mittel“ schließlich den metaphorischen Ausdruck der gemeinsamen Passungsbemühungen von Patient und Arzt findet. Hierzu sind erste Befunde publiziert in dem Sammelband zum Symposium (MHH '97) (M. Konitzer, Hrsg: Zur interaktiven Bedeutung der komplementären Verfahren in der hausärztlichen Praxis. Peter Lang Verlag, Frankfurt 1999).

Für die semiotische Aufschlüsselung der interaktiven Funktion der palliativen Misteltherapie bei Malignompatientinnen in einer Allgemeinpraxis haben wir uns der ikonographischen Methode aus der Warburg-Schule bedient – wie auf einem Poster bei der Jahrestagung der AIM am 24.10.1998 in Glottertal vorgestellt. Wie Patientinnenbilder und Textspur der Therapiegruppe nahelegen, hat die Mistel als Zeichen eine eminent salutogenetische Funktion. Gegenwärtig untersuchen wir die Kneippschen Verfahren im Erleben einer allgemeinmedizinischen Osteoporosegruppe im Vergleich mit Kontrollgruppen mittels der Methode des semantischen Differentials (Osgood), um die Konnotationen dieser Kneipp-Anwendungen im Vergleich zu anderen Interventionen in einem quantifizierbaren Bewertungsraum des Erlebens zu beschreiben.

Dies bedeutet viel interdisziplinäres Engagement: Kooperation mit Linguisten (Frau Prof.E. Gülich Bielefeld), Sozialpsychologen (Herr Prof. A.Wacker Hannover), Medizinsoziologen (Herr Dr.O. Bahrs Göttingen). Das Projekt wird – dank der engagierten Unterstützung der Leiterin der Abt. Allgemeinmedizin,

Frau Prof. G.C. Fischer – voraussichtlich Ende 1999 abgeschlossen sein.

Aufbauend auf den bislang erarbeiteten Befunden könnte eine Abschlußhypothese etwa lauten: mit dem Schwinden einer erfahrbaren Passung in der technisierten Medizin wächst in der Allgemeinmedizin – die eine Beziehungsmedizin ist – die Bedeutung komplementärer Verfahren. Letztere sind nämlich auch in ihrer historischen Dimension Bilder dieser vermißten Passung. Dies ist nicht kulturpessimistisch gemeint und stützt sich auf aktuelle medizinsoziologische Befunde (E.Shorter) wie auch auf aktuelle Neubewertungsversuche zur Bedeutung der Metapher in der therapeutischen Interaktion (G.Lakoff).

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

* * * * *

Wichtige Termine 1999 – Veranstaltungen der AIM

**6. Arbeitstagung der Akademie für Integrierte Medizin und Mitgliederversammlung:
8. – 9. Oktober 1999 in der Tinnitus Klinik Bad Arolsen (Ärztlicher Direktor: M.Nelting)**

PROGRAMM

Freitag 8. Oktober 1999

15.00 Uhr **Eröffnung der Tagung und Begrüßung**
Bürgermeister Schaller (Bad Arolsen)
Klinikdirektor M. Nelting (Bad Arolsen)
AIM-Vostandssprecher W. Geigges (Glottertal)

15.30 Uhr **Integrierte Arbeit im Team**
Vortrag: Wie funktionieren Teams und wie scheitern sie? (F. Simon, Heidelberg)

16.00 Uhr Diskussion

16.15 Uhr Kaffeepause

16.45 Uhr Gruppe A: 1.-Video aus Bad Arolsen
(M. Nelting)

Gruppe B: 2.-Video aus Bern (R. Adler)

Parallel Arbeitsgruppe C: „Forschung“

17.15–18.45 Uhr Diskussion und Erfahrungsaustausch
in Kleingruppen

2-3 Kleingruppen zu Video 1

2-3 Kleingruppen zu Video 2

19.15 Uhr Abendessen gemeinsam (Speisesaal der
Klinik)

20.30 Uhr Mitgliederversammlung

ab ca. 21.15 Uhr gemütliches Beisammensein

Samstag 9. Oktober 1999

9.00 Uhr Zusammenfassung Team-Diskussion

9.30 Uhr **Reflektierte Kasuistik**

Vortrag: Reflektierte Kasuistik (W. Geigges,
Glottertal)

10.00 Uhr Gruppenarbeit 1-4

11.00 Uhr Kaffeepause

11.15 Uhr Gruppenarbeit 1-4

12.15 Uhr Zusammenfassung: Reflektierte Kasuistik –
Diskussion mit Kurzbeiträgen aus den Gruppen

12.45 Uhr Schlußplenum

13.15 Uhr Mittagessen gemeinsam (Speisesaal der
Klinik)

Arbeitsgruppen

Freitag 8.10.1999

„Teams“

Gruppe A mit Teilnahme an Video 1
(Teamsitzung zu einem Tinnituspatienten –
Klinik Arolsen)

Gruppe B mit Teilnahme an Video 2
(Teamsitzung zu einem internistischen Patienten –
Inselspital Bern)

Gruppe C „Forschung in integrierter Medizin“
Moderation: C. Schmeling – Kludas (Bad Segeberg)

Samstag 9.10.1999

Gruppe 1 Fall aus der internistisch/psychosomati-
schen Rehabilitation
Moderation: W. Geigges (Glottertal)

Gruppe 2 Fall aus der allgemeinärztlichen Praxis
Moderation: P. Herzog (Hamburg)

Gruppe 3 Fall aus der internistischen Akutklinik
Moderation: K. Jäger (Hamburg)

Gruppe 4 Fallvorstellung eines Patienten mit Tinnitus
Moderation: R. Adler (Bern), M. Nelting (Bad Arolsen)

Für alle Gruppen gilt:

**Die Teilnehmer können einen mitgebrachten Fall
selbst einbringen, in Gruppe 2 und 3 ausdrücklich
erwünscht.**

Kontaktadressen:

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

homepage im internet: www.int-med.de (An dieser Stelle speziell an Bernd Hontschik in Frankfurt ein ganz herzliches Dankeschön für den unermüdlichen Einsatz für die Erstellung und die laufende Betreuung der homepage!)

Regionalgruppen der AIM:

Etablierte Regionalgruppen (Kontaktadressen):

Basel: (Dr.med. Werner Stadlmayr, Lorettostr. 10, 79100 Freiburg /Br., Tel/ Fax: 0761/ 707 5075)

Berlin: (Prof.Dr. med. Walter Burger, Med. Fakultät der Charité, Reformstudiengang Medizin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Tel: 030/45076021, Fax: 030/45076912 – email: walter.burger@charite.de)

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

Frankfurt: (Dr.med. Bernd Hontschik, Tel: 069/28 58 94, Fax: 069/131 01 44 – email: dr.bernd.hontschik@t-online.de)

Hamburg: (PD Dr.med. Christoph Schmeling-Kludas, Tel: 04551/802-0)

Hannover: Dr.med W. Kämmerer, Krankenhaus Henriettenstiftung, Klinik für Psychosomatische Medizin,Schwemannstr. 19, 30559 Hannover, Tel. 0511/289 – 3131, Fax: 0511/289 3064

Heidelberg: (Dr.med. Jana Jünger,Tel: 06221/164 795) – e-mail: jana_juenger@ukl.uni-heidelberg.de

München: (Gruppe im Entstehen, Kontaktadresse im Sekretariat erfragen)

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

Nürnberg: (Dr.med. Herbert Kappauf, 0911/398 3060) – e-mail: herbert.kappauf@t-online.de

Stuttgart: (Prof.Dr.med. Hans Wedler, Tel: 0711/2532 701, Fax: 0711/2532 172)

Wiesbaden: Dr.med. L. Albers, 0611/ 57 72 52, Fax: 06131/33 72 04 – e-mail: psysom@aol.com

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

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

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

* * * * *

**Besuchen Sie die homepage der AIM –
wir freuen uns über jeden Eintrag ins Gästebuch**

www.int-med.de

Literaturhinweise

BIBLIOTHEK DER AKADEMIE FÜR INTEGRIERTE MEDIZIN

Auf dem Lehrkörpertreffen in Heidelberg entstand die Idee, eine „Bibliothek der Akademie für Integrierte Medizin“ anzulegen, in der wichtige Veröffentlichungen zur Theorie und Praxis der Integrierten Medizin aufgenommen werden sollen. Ein Konzept zur Organisation und Pflege dieser B.A.I.M. wird zur Zeit von Bernd Hontschik ausgearbeitet und auf der nächsten Vorstandssitzung vorgestellt.

SCHRIFTENREIHE DER AKADEMIE FÜR INTEGRIERTE MEDIZIN

Rolf Adler

Psychosomatik als Wissenschaft (neu)

Integrierte Medizin gedacht und gelebt
Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin
Mit einem Geleitwort von Thure von Uexküll
Einführung von Willi Hemmeler
2000. Ca. 176 Seiten, 8 Abb., 2 Tab., kart.
DM 49,- (Mitgliederpreis DM 29,40)
Das Buch hat vier Schwerpunkte:

Theorie der Medizin: Bei konsequenter Berücksichtigung des biopsychosozialen Modells wird der Patient Subjekt. Die Beziehung zum ihm, seine Gefühle ebenso wie die des Arztes erhalten in Diagnostik und Therapie eine Bedeutung, die mit Laborbefunden oder dem Körperstatus vergleichbar sind.

Medizinische Ausbildung: Für Adler stehen Visiten, Patientenbesprechungen und Teamsitzungen ebenso im Dienste des Lernens wie Vorlesungen oder Seminare. Nur im „learning by doing“ kann der Studierende den Unterschied zwischen traditioneller additiver Denkweise und echter Integration von körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren erkennen und lernt gleichzeitig den adäquaten Umgang mit dem Patienten.

Klinische Tätigkeit: Sorgfältig und einführend erhobenes Interviewmaterial, das neben den mit Akribie identifizierten Dimensionen der Symptome auch die sozialen Beziehungen des Patienten und die Reaktion des Untersuchers selbst berücksichtigt, macht es bei einer großen Zahl von Patienten möglich, die Diagnose nicht, wie allgemein üblich, per exclusionem zu stellen, sondern anhand positiver Kriterien.

Medizin und Komplementärmedizin: Adler macht deutlich, daß die Hinwendung zur alternativen Medizin oft keine Alternative darstellt, sondern ein Symptom ist für das Versagen einer früheren Arzt-Patienten-Beziehung. Originelle, kritische, oft auch unbequeme Gedanken erwarten den Leser bei der Lektüre dieses Bandes. Wer Rolf Adler kennt, weiß, daß er sich ebenso kritische und unbequeme Leserinnen und Leser wünscht.

Bernd Hontschik, Thure von Uexküll (Hrsg.)

Psychosomatik in der Chirurgie (neu)

Integrierte Chirurgie - Theorie und Therapie
Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin
1999. 414 Seiten, 30 Abb., 22 Tab. geb.
DM 98,- (Mitgliederpreis DM 58,80)

Ausgewiesene Experten verschiedener chirurgischer Fachgebiete sowie namhafte Psychosomatiker stellen die enge Verbindung psychischer und organischer Probleme in der Chirurgie mit einem klaren Praxisbezug dar. Damit zeigen sie Möglichkeiten einer patientengerechteren und nicht zuletzt auch ökonomischeren Behandlung auf.

Das Buch liefert Grundlagen für die Vervollständigung der **chirurgischen Aus- und Weiterbildung**. Für Ärzte und Psychologen, die im **Konsiliar- und Liaisondienst** chirurgische Patienten psychisch betreuen, ist es eine wertvoller Leitfaden für die adäquate Realisierung eines komplexen **chirurgisch-psycho-sozialen Behandlungskonzepts**.

Reinhold Schwarz

Die Krebspersönlichkeit

Mythos und klinische Realität

Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin

1994. 136 Seiten mit 30 tabellarischen Darstellungen, kart.

DM 45,- (Mitgliederpreis DM 27,-) Schwarz: Die Krebspersönlichkeit

Mit der Frage nach typischen Persönlichkeitsmerkmalen bei Krebspatienten beschäftigen sich Wissenschaft und Medien in immer wieder auf ebenso spektakuläre wie spekulative Weise. Das Buch von Reinhold Schwarz setzt einen deutlichen Schlußstrich unter diese Diskussion – mit den folgenden Inhalten:

- Strenge Metaanalyse der gängigen Theorien zur Krebspersönlichkeit mit der Hervorhebung ihrer Schwachstellen und methodischen Fehler
- Ergebnisse der psychoonkologischen Forschung: retrospektive und prospektive Studien
- Bericht über eine eigene, methodisch brillante empirische Studie des Autors zum Thema „Krebspersönlichkeit“ an Patienten mit Bronchialkarzinom und Brustkrebspatientinnen
- Zusammenfassende Diskussion der Befunde mit Schlußfolgerungen im Hinblick auf die Krankheitsbewältigung

Ein Grundlagenbuch, das mit vielen Vorurteilen aufräumt – für alle Ärztinnen und Ärzte, Angehörige psychosozialer Berufe und Pflegepersonen, die Patienten mit Malignom behandeln, begleiten oder nachbetreuen.

Rolf Adler, Wulf Bertram, Antje Haag, Jörg Michael Herrmann, Karl Köhle, Thure von Uexküll (Hrsg.)

Integrierte Psychosomatische Medizin

in Praxis und Klinik

3., durchges. u. erw. Aufl. 1994. 448 Seiten, 32 Abb., 29 Tab., geb.

DM 98,- (Mitgliederpreis DM 58,80)

ISBN 3-7945-1582-X

Classics-Ausgabe der 3. Aufl. 1994. 448 Seiten, 32 Abb., 29 Tab., kart.

DM 49,- (Mitgliederpreis DM 29,40)

ISBN 3-7945-1864-0

Das „Manifest“ der A.I.M

Die erste überzeugende Dokumentation einer veränderten Praxis auf der Basis einer neuen Theorie der Humanmedizin.

Aus dem Inhalt:

- Geschichte des Paradigmawechsels in der Medizin
- Der gesundheitsökonomische Nutzen einer integrierten Medizin
- Erfahrungen und Modelle aus den wichtigsten Fachgebieten
- Der Hausarzt als Psychosomatiker
- Psychosomatik und Pflege
- Psychosomatik in der Klinik: Innere Medizin, Onkologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie u.v.m.
- Psychosomatische Rehabilitation

Gerald Ulrich

Biomedizin

Die folgenschweren Wandlungen des Biologiebegriffs

Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin

1997. 203 Seiten, 5 Abb., kart.

DM 49,- (Mitgliederpreis DM 29,40)

Die Medizin hat sich in den vergangenen 150 Jahren – vom Denken der klassischen Physik geprägt – immer mehr in Richtung einer Ingenieurwissenschaft entwickelt. Damit gelangen ihr auf bestimmten Gebieten ungeahnte und für die Menschen segensreiche Erfolge. Heute beginnen sich die Grenzen einer solchen Medizin abzuzeichnen. Der Autor stellt ihre Errungenschaften keineswegs in Frage, sieht aber nur eine einzige Entwicklungsperspektive: Die Medizin muß ihr naturwissenschaftliches Selbstmißverständnis überwinden und sich als eine wirklich biologische Disziplin begreifen lernen.

Hans Wedler

Das ärztliche Gespräch

Anleitung zur Kommunikation in der psychosomatischen Grundversorgung

Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin

1998. 142 Seiten, 16 Fallbeispiele, 1 Tab., kart.

DM 39,- (Mitgliederpreis DM 23,40)

Die Berücksichtigung psychosozialer Krankheitsfaktoren scheitert im ärztlichen Berufsalltag oftmals weniger an Wissensdefiziten, fehlender Zeit oder gar am guten Willen der Kolleginnen und Kollegen, als an technischen Mängeln der Gesprächsführung. Dieses Buch zielt auf die Vermittlung einer rationellen und im Praxisalltag auch verwendbaren Gesprächsführung. Sie spart dem Arzt Zeit und bringt zugleich mehr Informationen. Sie ermöglicht den Zugang zu unlösbar erscheinenden Patientenproblemen, vermeidet allfällige Konflikte und fördert damit letztlich auch die Berufszufriedenheit.

Weitere Veröffentlichungen:

W.Burger, C.Schmeling-Kludas, G. Ulrich: „Integrierte Medizin – Grundlagen integrierten Handelns in der Patientenversorgung“ (Med. Welt, 1999; 50: 205-209)

Sonderdrucke für AIM-Mitglieder kostenlos; für Nichtmitglieder gegen Einsendung von DM 3,- in Briefmarken für Portokosten im Sekretariat der AIM erhältlich.

Meyer, Adolf-Ernst (Hrsg.) *Friedrich-Wilhelm Deneke, Antje Haag* u.a.: *Zwischen Wort und Zahl*, Vandenhoeck & Ruprecht, 1998

(Neuveröffentlichungen von AIM-Mitgliedern bitte an die Geschäftsstelle melden!)

* * * * *