

Uexküll

Psychosomatische

Medizin

Theoretische Modelle
und klinische Praxis

Herausgegeben von

Johannes Kruse, Wolf Langewitz, Antonius Schneider,
Wolfgang Söllner, Christiane Waller, Kerstin Weidner,
Stephan Zipfel

LESEPROBE

9. Auflage



Urban & Fischer

Inhaltsverzeichnis

I	Theoretische Grundlagen	1	II	Biologische Grundlagen der Anpassung und ihre Entwicklung	45
1	„Integrierte Medizin“	3	4	Biologische Grundlagen der Anpassung und ihre Entwicklung: eine Einführung	47
	Karl Köhle [†]			Johannes Kruse und Eva M.J. Peters	
1.1	Reform ärztlichen Handelns	3	4.1	Einleitung	47
1.2	Reform in der Praxis: Woran können wir uns orientieren?	5	4.2	Zur Operationalisierung des biopsychosozialen Modells: Stress, Allostase, Resilienz und Krankheit	47
1.3	Fallarbeit im Verlauf	13	4.3	Verlauf von Stressreaktion und Anpassungsprozess	49
1.4	Integrierte Medizin gemeinsam realisieren	18	5	Genetik und Epigenetik bei psychischen und körperlichen Erkrankungen	51
1.5	Persönliche Erfahrungen	19	5.1	Genetik psychischer Störungen	51
2	Leib und Seele oder: Das verkörperte Selbst und seine Störungen	23		Andreas J. Forstner und Rupert Conrad	
	Peter Henningsen		5.2	Epigenetik: Neues zur Anlage-Umwelt-Diskussion	57
2.1	Der Stand des biopsychosozialen Modells: zwiespältig	23		Klaus Zerres	
2.2	Mind in Life, Embodiment und Predictive Processing	25	6	Neurobiologie	66
2.3	Das verkörperte Selbst	27		Christian Schmahl und Manfred Beutel	
2.4	Störungen des verkörpertem Selbst	28	6.1	Grundlagen	66
2.5	Klinische Perspektiven	30	6.2	Neurobiologie der normalen und gestörten Persönlichkeit	70
2.6	Zusammenfassendes Fazit	31	6.3	Ausgewählte Beispiele zur Interaktion zwischen Neurobiologie und Psychotherapie	73
3	„Was ist das Besondere an der psychosomatischen Arbeitsweise?“ Von der Theorie der Humanmedizin zur Neuen Phänomenologie	33	7	Psychoneuroendokrinologie	76
	Wolf Langewitz			Eva M. J. Peters	
3.1	Vorbemerkung	33	7.1	Einführung	76
3.2	Die Theorie der Humanmedizin: Zusammenfassung und Kritik	34	7.2	Neuroendokrine Stressreaktionssysteme	77
3.3	Konstellation und Situation: Welches Material ist in einer Konsultation zugelassen, und wer entscheidet darüber, welches Material eingebracht werden kann?	36	7.3	Weitere neuroendokrine Botenstoffe	80
3.4	Wie kann man mit dem Material der Anamnese umgehen?	37	7.4	Fazit und Ausblick	82
3.5	Der Unterschied zwischen der Schwellung und der Schwere: Körper und Leib	38	8	Psychoneuroimmunologie	84
3.6	Die Ebene des „Du“: Was charakterisiert Beziehung?	39		Marvin Fischer und Petra H. Wirtz	
3.7	Das Leibkonzept in der Diagnose und Behandlung funktioneller Störungen	40	8.1	Einleitung	84
3.8	Das Spüren am eigenen Leib und die Gefühle	42	8.2	Aufbau und Funktion des Immunsystems	84
3.9	Das Spüren am eigenen Leib und die ärztliche Konsultation	42	8.3	Konditionierte Immunreaktionen	88
3.10	Fazit	43	8.4	Stress	90
			9	Psychophysiologie	93
				Roberto La Marca und Ulrike Ehler	
			9.1	Regulation, Gegen- und Dysregulation: Konzeptionalisierung und Operationalisierung physiologischer Anpassung	93
			9.2	Interaktive Modelle der physiologischen Anpassung an Umweltereignisse	95

9.3	Grundlagen und Methoden der Psychophysiologie	97	13	Psychodynamische Konzepte der Selbstregulation und Beziehung	133
9.4	Psychophysiologie in der Diagnostik, Therapie und Evaluation	101		Hans-Peter Hartmann	
III	Psychologische Grundlagen der Anpassung und ihre Entwicklung	105	13.1	Einführung	133
10	Verhaltensbiologische und lerntheoretische Konzepte	107	13.2	Moderne Psychoanalyse und Intersubjektivität: der Beitrag der Selbstpsychologie	134
	Jürgen Hoyer, Stefan Uhmann und Volker Köllner		13.3	Der Beitrag von Neurobiologie, Entwicklungspsychologie, Säuglingsforschung und Bindungstheorie zur intersubjektiven Wende	135
10.1	Einleitung	107	13.4	Intersubjektivität und die Entstehung psychosomatischer Erkrankungen	138
10.2	Assoziatives Lernen	107	13.5	Welchen Beitrag leisten die neuen psychoanalytischen Modelle zum Verständnis körperlicher Erkrankungen?	139
10.3	Nichtassoziatives Lernen	113	13.6	Zur integrativen Konzeptualisierung psychoanalytisch-psychotherapeutischer Verfahren und ihrer Anwendung	140
10.4	Modelllernen	113	14	Mentalisierungsbasierte Theoriebildungen als Weiterführung der Alexithymieforschung	143
10.5	Lernprozesse bei psychosomatischen Erkrankungen	114		Claudia Subic-Wrana	
10.6	Ausblick	117	14.1	Einführung	143
11	Emotionen und ihre Bedeutung für psychische Erkrankung und Psychotherapie	118	14.2	Gemeinsame Wurzeln von Alexithymie und Mentalisierung	144
	Cord Benecke		14.3	Theoretische Positionen in der Alexithymieforschung	144
11.1	Einleitung	118	14.4	Mentalisierung	145
11.2	Emotionstheorien	118	14.5	Empirische Befunde zum Zusammenhang zwischen Bindung, Mentalisierung und psychosomatischen Störungen	147
11.3	Motivsysteme und Emotionen in einem Schichtenmodell	119	14.6	Behandlungstechnische Konsequenzen	149
11.4	Emotionsregulation	122	14.7	Fazit und Ausblick	150
11.5	Emotion und psychische Krankheit	123	15	Körpererleben	151
11.6	Emotionsregulation in der Psychotherapie	124		Hedda Lausberg und Peter Joraschky	
12	Bindungstheorie	125	15.1	Einleitung	151
	Karl Heinz Brisch		15.2	Wissenschaftstheoretische Grundlagen	151
12.1	Vorbemerkungen	125	15.3	Dimensionen des Körpererlebens – Körperschema, Körperbild und Körper selbst	153
12.2	Bindung und motivationale Systeme	125	15.4	Zur Phänomenologie des Leiberlebens	154
12.3	Intersubjektivität und Ziele einer gesunden Eltern-Kind-Beziehung	126	15.5	Die affektmotorischen Schemata	154
12.4	Die Bindungstheorie	126	15.6	Das implizite Körpergedächtnis und die Entwicklung des Körper selbst	155
12.5	Voraussetzungen für eine sichere Bindungsentwicklung	127	15.7	Erhebungsmethoden der Störungen des Körpererlebens	156
12.6	Vorteile einer sicheren Bindung	127	15.8	Das Körper selbst-Ideal und der Bodyismus	157
12.7	Diagnostik und Klassifikation der kindlichen Bindungsqualität	127	15.9	Körperteildissoziation als Schutzmechanismus im Körpererleben	158
12.8	Definition und Klassifikation von Bindungsstörungen	128	15.10	Die Dissoziation des Körpers: „Das Fremde im Selbst“	158
12.9	Ursachen der Psychopathologie der Bindungsentwicklung	129			
12.10	Bindungsklassifikation der Bezugspersonen	130			
12.11	Die Weitergabe der Bindungsmuster zwischen den Generationen	130			
12.12	Bindungstheorie und Medizin im Erwachsenenalter	130			
12.13	Ausblick	132			

16	Trauma und Resilienz	161	20	Migration und psychische Gesundheit	199
	Wolfgang Wöller und Johannes Kruse			Yesim Erim und Eva Morawa	
16.1	Einleitung	161	20.1	Einleitung	199
16.2	Zusammenhänge zwischen psychischer Traumatisierung und psychischen/psychosomatischen Störungsbildern	162	20.2	Migration als globales Phänomen: Fakten, Formen, Ursachen	200
16.3	Neurobiologie der posttraumatischen Belastungsstörung	163	20.3	Psychische Gesundheit von Migrant*innen: Studienergebnisse und Hauptbefunde	201
16.4	Individuelle Verarbeitung traumatischer Einflüsse und posttraumatische Persönlichkeitsentwicklung	164	20.4	Migration und psychische Gesundheit: Erklärungsmodelle	201
16.5	Resilienz	165	20.5	Belastungs- und Schutzfaktoren bei Migrant*innen	202
16.6	Neurobiologische Aspekte von Resilienz	166	20.6	Migration als Risiko oder/und Chance?	202
16.7	Posttraumatisches Wachstum	167	20.7	Beachtung der ethnischen und kulturellen Unterschiedlichkeit in der psychosozialen Gesundheitsversorgung	203
16.8	Resilienz, Emotionsregulierung und das Prinzip der Ressourcenaktivierung	167	20.8	Psychosomatische Diagnostik im interkulturellen Kontext	204
16.9	Ausblick	167	20.9	Instrumente der Psychotherapie im interkulturellen Kontext	204
17	Verlust und Trauer	169	20.10	Psychische Entwicklung in der Migration	205
	Hans-Peter Hartmann, Manfred Beutel und Wolfgang E. Milch		20.11	Lebenssituation der von Migrantinnen und Migranten	206
17.1	Einleitung	171	20.12	Traumafolgestörungen bei Geflüchteten	206
17.2	Trauer und Depression	173	20.13	Erfolgversprechende Interventionen in der interkulturellen Psychotherapie	208
17.3	Zur Psychobiologie von Trauerprozessen	175	20.14	Ausblick	209
17.4	Therapeutische Begleitung bei Trauerprozessen	175	21	Arbeit, Gesundheit und Krankheit	210
18	Entwicklungspsychologische Herausforderungen über die Lebensspanne	177		Johannes Siegrist	
	Inge Seiffge-Krenke		21.1	Orientierende Übersicht	210
18.1	Jugendalter: Autonomiebestrebungen, Zukunftsangst und die Suche nach dem neuen Ich	177	21.2	Arbeit, Gesundheit und Krankheit in modernen Gesellschaften	211
18.2	Die neue Entwicklungsphase „Emerging Adulthood“: ein zweites „Window of Vulnerability“	180	21.3	Empirische Befunde	215
18.3	Besondere Herausforderungen in verschiedenen Phasen der Familienentwicklung	182	21.4	Folgerungen für ärztliches Handeln	218
18.4	Herausforderungen im Alter: Umgang mit Wendepunkten und Ich-Integrität	185	21.5	Ausblick	220
IV	Gesellschaftliche und soziale Grundlagen der Anpassung und ihre Entwicklung	189	22	Gender	221
19	Soziopsychosomatik	191		Bettina Schwind, David Garcia Nuñez und Frank Luck	
	Burkhard Brosig, Julian Möhring und Kathrin Müller		22.1	Einführung	221
19.1	Psychosomatik im historischen Kontext: Neubeginn nach 1945	191	22.2	Theoretische Zugänge	222
19.2	Familie und soziale Welt im Spiegel der Epidemiologie	192	22.3	Genderperspektiven auf Gesundheit	222
19.3	Politische Krisen und Gesundheit	194	22.4	Ausblick	227
19.4	Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der COVID-19-Pandemie	195	23	Digitalisierung und künstliche Intelligenz in der Medizin: Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Beziehung und eine biopsychosoziale Medizin	229
19.5	Familiäre Risikofaktoren und Gesundheit	195		Wolfgang Söllner	
19.6	Sozialisation und Gesundheit	196	23.1	Was ist Künstliche Intelligenz?	230
19.7	Sozialtherapeutische Interventionen und ihre Effekte	197	23.2	Digitalisierung und KI in der Organisation des Gesundheitswesens	231
19.8	Eine zusammenfassende Perspektive auf Krankheit, Körper und Gesellschaft	198	23.3	Digitalisierung und KI im diagnostischen Bereich	231
			23.4	Digitalisierung und KI in der Therapie	231
			23.5	Digitalisierung und KI in der Rehabilitation	233
			23.6	Digitalisierung und KI in der Prävention	233

23.7	Forschung und Lehre	234	27.3	Das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM)	279
23.8	Auswirkungen auf die Autonomie und Gesundheitskompetenz von Patienten und pflegebedürftigen Menschen.	234	27.4	Kritik an Klassifikationssystemen	281
23.9	Ökonomische Interessen	234	28	International Classification of Functioning (ICF)	283
23.10	Rechtliche und ethische Fragen.	235		Markus Bassler	
23.11	Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Beziehung . .	236	28.1	Hintergrund.	283
23.12	Wie wird sich die Psychosomatische Medizin in diesem Kontext entwickeln?	238	28.2	Grundbegriffe der ICF	284
24	Umwelt, Klimakrise und Gesundheit	239	28.3	Komponenten der ICF	285
	Christoph Nikendei und Till Johannes Bugaj		28.4	Beurteilungsmerkmale	287
24.1	Prolog	239	28.5	Weiterentwicklung der ICF	288
24.2	Klimawandel	239	29	Diagnostik in der Verhaltenstherapie	289
24.3	Klimakommunikation, Patient*innenbehandlung und Co-Benefits.	245		Franziska Einsle und Volker Köllner	
24.4	Planetare Gesundheit – eine Begriffsbestimmung	245	29.1	Einführung	289
24.5	Herausforderung gesellschaftliche Transformation	246	29.2	Der diagnostische Prozess.	289
24.6	Fazit und Ausblick	248	29.3	Die individuelle Verhaltens- und Problemanalyse	290
25	Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit	249	30	Systemische Diagnostik	293
	Martin Teufel, Eva-Maria Skoda und Alexander Bäuerle			Markus W. Haun	
25.1	Eine globale Pandemie und ein globales Kontrollverlusterleben.	249	30.1	Kritik der störungsorientierten klassifikatorischen Diagnostik nach dem medizinischen Modell	293
25.2	Von der protektiven Furcht zur einschränkenden generalisierten Angst	249	30.2	Konstruktivismus und Systemtheorie als erkenntnistheoretische Grundlagen systemischer Diagnostik	293
25.3	Wer fürchtet sich (nur), und wer wird psychisch krank?	251	30.3	„Wir können nicht nicht diagnostizieren“ – Grundprinzipien kontextualisierender Diagnostik in der Systemischen Therapie	294
25.4	Implikationen für die psychotherapeutische Versorgung in der COVID-19-Pandemie	252	30.4	Systemische Diagnostik im Gesundheitssystem entlang der Leitunterscheidung „gesund – krank“	295
25.5	Digitalisierung in der psychotherapeutischen Versorgung	253	31	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)	298
25.6	Psychotherapie in Krisenzeiten	253		Cord Benecke, Manfred Cierpka†, Michael Stasch, Tilman Grande und Henning Schauenburg	
V	Arzt-Patient-Kommunikation	257	31.1	Einleitung	298
26	Professionelle Gesprächsführung.	259	31.2	Operationalisierung psychoanalytischer Konstrukte.	298
	Wolf Langewitz		31.3	Kurzdarstellung der Achsen.	299
26.1	Welche Erkenntnisse werden gewonnen?	259	31.4	Status- oder Prozessdiagnostik: Möglichkeiten der Fokusbildung.	301
26.2	Die typischen Diskursformen Narrativ und Interrogativ	260	31.5	Fazit	303
26.3	Patientenzentrierte Gesprächsführung	261	32	Psychologische Diagnostik	305
VI	Diagnostik	273		Philipp Yorck Herzberg und Elmar Brähler	
27	Diagnostische Klassifikationssysteme: ICD-11, ICD-10 und DSM-5-TR	275	32.1	Einleitung	305
	Miriam Depping, Christian Brünahl und Bernd Löwe		32.2	Zielsetzung psychologischer Diagnostik in der Psychosomatischen Medizin	305
27.1	Einleitung	275	32.3	Erfassung diagnostischer Daten	307
27.2	Internationale Klassifikation Psychischer Störungen (nach ICD-10, ICD-11).	276	32.4	Testgütekriterien	308
			32.5	Beschwerdenvalidierung	309

32.6	Psychodiagnostische Erhebungs- und Untersuchungsverfahren	310	36.6	Supportive, ressourcenorientierte und systemische Interventionen in der psychodynamischen Psychotherapie	354
33	Früherkennung und psychosoziale Prävention	317	36.7	Psychodynamische Psychotherapien im Mehrpersonensetting	355
	Svenja Taubner		36.8	Psychoanalytische und psychodynamische Behandlungstechniken: Unterschiede	356
33.1	Einleitung	317	36.9	Wirksamkeit psychoanalytischer und psychodynamischer Verfahren.	357
33.2	Prävention und Gesundheitsförderung	318	37	Verhaltenstherapeutisch orientierte Therapieverfahren	358
33.3	Formen der Verhaltensprävention	318		Volker Köllner und Franziska Einsle	
33.4	Risiko- und Schutzfaktoren	319	37.1	Grundlagen	358
33.5	Gesundheitsverhalten und Entwicklungspsychopathologie	320	37.2	Entwicklungen und verhaltenstherapeutische Methoden	359
33.6	Wirksamkeit und Nutzen von Prävention	321	37.3	Komplexe Therapiepläne	365
33.7	Prävention psychischer Störungen bei Risikogruppen	321	37.4	Bedeutung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Verfahren in der Medizin.	368
33.8	Psychosoziale Prävention	322	38	Psychoedukation	369
33.9	Fazit und Ausblick	323		Alexa Alica Kupferschmitt und Volker Köllner	
VII	Therapie	325	38.1	Einleitung	369
34	Allgemeine Prinzipien in der Psychotherapie	327	38.2	Begriffsbestimmung	369
	Ulrike Dinger		38.3	Historische Entwicklung	370
34.1	Einleitung	327	38.4	Umsetzung der Psychoedukation	370
34.2	Die zeitliche Dynamik von Veränderungen	328	38.5	Patienten als Experten	372
34.3	Einflussfaktoren in der Psychotherapie	328	38.6	Psychoedukation als therapeutische Intervention und in Abgrenzung zur Psychotherapie	372
34.4	Zusammenfassung	333	38.7	Praktisches Vorgehen	373
35	Psychoanalyse und Gruppenanalyse	334	38.8	Psychoedukation bei psychosomatischen Erkrankungen	374
	Paul L. Janssen		38.9	Psychoedukation in der Prävention	375
35.1	Einleitung	334	38.10	Fazit und Ausblick	376
35.2	Freuds Behandlungstechnik und die „klassische“ Psychoanalyse	334	39	Systemische Therapie	377
35.4	Das selbstpsychologische Verständnis des psychoanalytischen Prozesses	340		Stefan Schmidt, Werner Geigges und Christa Probst-Geigges	
35.5	Relationales bzw. intersubjektives Verständnis des psychoanalytischen Prozesses	340	39.1	Einleitung	377
35.6	Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin	341	39.2	Entstehung der Systemischen Therapie und die Rolle der Familientherapie	378
35.7	Psychoanalyse und Gruppe bzw. Gruppenanalyse	343	39.3	Grundannahmen und Grundprinzipien der Systemischen Therapie	379
36	Psychodynamische Psychotherapieverfahren	346	39.4	Allgemeine Indikationen für eine Systemische Therapie/Familientherapie	380
	Paul L. Janssen		39.5	Wirksamkeit der Systemischen Therapie	380
36.1	Einleitung	346	39.6	Theoretische Fundierungen und deren Konsequenzen	381
36.2	Psychoanalytisch begründete Psychotherapie in der Richtlinienpsychotherapie	347	39.7	Grundhaltungen	383
36.3	Kurz- und Fokalthérapien	349	39.8	Therapeutische Techniken	385
36.4	Störungsorientierte psychodynamische Psychotherapien	350	40	Körperorientierte Psychotherapie	388
36.5	Störungsspezifische psychodynamische Psychotherapien	353		Claas Lahmann	
			40.1	Einleitung	388

40.2	Historische Entwicklung körperorientierter Psychotherapie	388	45.5	Ungewollte Nocebo-Effekte in der Arzt-Patient-Interaktion	427
40.3	Konzeptuelle Grundlagen und Wirkfaktoren körperorientierter Psychotherapie	389	45.6	Ausblick.	428
40.4	Grundlagen körperpsychotherapeutischer Interventionen.	390	46	Psychotherapie und Pharmakotherapie	429
40.5	Körperorientierte Psychotherapieforschung	391		<i>Hans Peter Kapfhammer</i>	
41	Psychotherapie mit körperlich Kranken	393	46.1	Einleitung	429
	<i>Wolfgang Söllner</i>		46.2	Allgemeine Voraussetzungen einer Kombinationsbehandlung	429
41.1	Bedarf und Versorgungslage	393	46.3	Depressive Störungen	430
41.2	Verlusterlebnisse und existenzielle Krise	394	46.4	Angststörungen	433
41.3	Besondere Anforderungen an die Psychotherapie mit körperlich Kranken	395	46.5	Körperliche Krankheiten mit koexistenter Depression und Angst	436
41.4	Besonderheiten der Technik und des Settings	395	46.6	Schlussbemerkungen.	438
41.5	Behandlung in der Palliativphase der Erkrankung	397	VIII	Versorgungskontexte	439
41.6	Besonderheiten der therapeutischen Haltung und Beziehung	398	47	Psychosomatische Medizin in der allgemeinmedizinischen Praxis.	441
41.7	Effektivität der Psychotherapie mit körperlich Kranken.	399		<i>Antonius Schneider</i>	
42	Suggestive, achtsamkeitsbasierte und übende Verfahren.	401	47.1	Allgemeines zur hausärztlichen Arbeitsweise	441
	<i>Rupert Conrad</i>		47.2	Zur Diagnostik von psychosomatischen Erkrankungen und psychischer Komorbidität in der Hausarztpraxis	442
42.1	Hypnose und Hypnotherapie.	401	47.3	Epidemiologie psychosomatischer Störungen in der Allgemeinarztpraxis	444
42.2	Autogenes Training	404	47.4	Depressive Erkrankungen und Angststörungen in der Hausarztpraxis	445
42.3	Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion.	404	47.5	Organisch nicht erklärbare Symptome, Somatisierung und somatische Belastungsstörung.	446
42.4	Progressive Muskelrelaxation	406	47.6	Arzt-Patient-Interaktion: Konzepte für den Umgang mit psychosomatischer Erkrankung und psychischer Komorbidität in der Hausarztpraxis.	449
42.5	Imagination.	407	47.7	Hausärztliche Medizin als Familienmedizin.	450
43	Künstlerische Therapien	409	47.8	Herausforderungen für eine Optimierung	451
43.1	Kunsttherapie	409	48	Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	453
	<i>Flora von Spreti und Philipp Martius</i>			<i>Nico Niedermeier und Irmgard Pfaffinger</i>	
43.2	Musiktherapie	413	48.1	Einleitung	453
	<i>Hans Ulrich Schmidt, Thomas Stegemann und Horst Kächelet</i>		48.2	Aufgaben und Möglichkeiten in der niedergelassenen Praxis	454
44	Neue Medien in der psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung	420	48.3	Bedarf an niedergelassenen Facharztpraxen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	455
	<i>Stephanie Bauer</i>		48.4	Weiterbildung und Qualifikation	455
44.1	Einleitung	420	48.5	Profile	456
44.2	Formen und Einsatzbereiche von E-Mental Health	420	48.6	Niedergelassene Fachärzt*innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: „Ist“-Situation	457
44.3	Fazit	423	48.7	Niedergelassene Fachärzt*innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Entwicklungsbedarf.	458
45	Placebo – Nocebo.	424	48.8	Zusammenfassung und Ausblick	459
	<i>Wolf Langewitz</i>				
45.1	„Placebo“ – die unverstandene Macht zu heilen	424			
45.2	Placebos als wirksame „Substanzen“	425			
45.3	Versuch einer erweiterten Analyse von Placebowirkungen.	426			
45.4	Grenzen der Placebowirkung	427			

49	Ambulante und sektorenübergreifende Versorgungsformen	460	53	Integrierte stationäre Psychosomatik	494
	Johannes Kruse und Hans-Martin Rothe			Christiane Waller, Paul Köbler und Eva Krauss-Köstler	
49.1	Die ambulante Versorgung	460	53.1	Modelle und Anforderungen	494
49.2	Sektorenübergreifende und strukturierte Versorgungsformen	462	53.2	Intensivierte Versorgung am Beispiel der Integrierten psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung (Station IKP: Typ III)	496
49.3	Psychosomatische Institutsambulanzen als Modell sektorenübergreifenden Behandelns	464	53.3	Individualisierte Versorgung am Beispiel der integrierten psychosomatisch-psychotherapeutischen Akutbehandlung (NIPA, Typ IV)	499
49.4	Fazit und Ausblick	465	53.4	Diskussion und Ausblick	502
50	Tagesklinische Psychotherapie und Psychosomatik	467	54	Versorgungsmodelle in der Familienpsychosomatik	503
	Almut Zeeck und Inga Lau			Kerstin Weidner und Björn Nolting	
50.1	Einleitung und Begriffsbestimmung	467	54.1	Familienpsychosomatik	503
50.2	Besonderheiten des tagesklinischen Settings	467	54.2	Kinder- und Jugendpsychosomatik und -psychotherapie	507
50.3	Historische Entwicklung	468	54.3	Fazit und Ausblick	510
50.4	Therapiekonzepte von Psychosomatischen Tageskliniken in Deutschland	469	55	Psychosomatische Rehabilitation	512
50.5	Indikationsstellung	470		Markus Bassler und Volker Köllner	
50.6	Bisherige Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung	470	55.1	Einleitung	512
50.7	Gesundheitsökonomische Aspekte und Qualitätssicherung	471	55.2	Psychosomatische Rehabilitation: Definitionen, Theorie, Abgrenzungen	513
50.8	Zusammenfassung und Ausblick	472	55.3	Zur Epidemiologie der Krankheitsfolgen	514
51	Stationäre Psychotherapie und Psychosomatik	473	55.4	Formen der medizinischen Rehabilitation	514
	Henning Schauenburg, Ulrike Dinger und Gerhard Hildenbrand		55.5	Bedeutung der Rehabilitation in der Behandlungskette und Differenzialindikation zur Krankenhausbehandlung	514
51.1	Einleitung	473	55.6	Einleitung der Rehabilitation	516
51.2	Geschichte und Aufbau der stationären psychotherapeutischen Behandlung in Deutschland	473	55.7	Diagnostik in der medizinischen Rehabilitation	516
51.3	Diagnosenverteilung in stationären psychotherapeutischen Einrichtungen	475	55.8	Therapie in der medizinischen Rehabilitation	516
51.4	Charakteristika stationärer Psychotherapie	476	55.9	Sozialmedizinische Beurteilung in der medizinischen Rehabilitation	518
51.5	Aktuelle Versorgungsformen	478	55.10	Nachsorge und berufliche Wiedereingliederung	518
51.6	Indikation	479	55.11	Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation und Ergebnisqualität	519
51.7	Die ökonomische Bedeutung psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung	480	55.12	Ausblick	520
51.8	Die Zukunft der stationären Psychotherapie	481	56	Selbsthilfegruppen	521
52	Konsiliar- und Liaisondienste	483		Jürgen Matzat	
	Wolfgang Söllner und Barbara Stein		56.1	Einleitung	521
52.1	Begriff und Geschichte	483	56.2	Selbsthilfegruppen: heilsame Gespräche ohne Therapeuten	521
52.2	Bedarf und Inanspruchnahme von CL-Diensten	484	56.3	Anonymous-Gruppen („12 Schritte“): eine ganz eigene Tradition	523
52.3	Ziele, Funktion und Organisationsform von CL-Diensten	485	56.4	Gemeinschaftliche Selbsthilfe bei körperlichen Erkrankungen	523
52.4	Diagnostik und Behandlung im CL-Dienst	485	56.5	Stand der Forschung	524
52.5	Die Vernetzungsfunktion des CL-Dienstes	490	56.6	Selbsthilfekontaktstellen: die zentrale Infrastruktur vor Ort	525
52.6	Qualitätssicherung und Evaluation	491	56.7	Kooperation von Ärzten und Psychotherapeuten mit Selbsthilfegruppen	526
52.7	Fort- und Weiterbildung	492			
52.8	Outcome, ökonomische Aspekte und künftige Entwicklung	492			

IX	Klinik	527	61	Essstörungen	573
57	Komorbide Depression, Angst- und Anpassungsstörungen bei körperlichen Erkrankungen	529	61.1	Allgemeine Aspekte	573
	Gerhard Schübler, Peter Joraschky und Wolfgang Söllner			Stephan Zipfel	
57.1	Modelle der Komorbidität	529	61.2	Anorexia nervosa	574
57.2	Klassifikation komorbider psychischer Störungen	531		Wolfgang Herzog, Beate Wild und Hans-Christoph Friederich	
57.3	Angststörungen und Progredienzangst bei körperlichen Erkrankungen	532	61.3	Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung	583
57.4	Depression und körperliche Erkrankung	533		Kathrin Schag und Katrin Giel	
57.5	Parkinson-Krankheit und Depression: somatopsychische Faktoren	534	62	Adipositas	590
57.6	Krebserkrankungen und Depression	535		Martina de Zwaan und Stephan Herpertz	
57.7	Coronavirus-Erkrankungen und Angst/ Depression	535	62.1	Definition	590
57.8	Therapeutische Überlegungen	535	62.2	Epidemiologie	591
57.9	Reaktionen auf schwere Belastungen	536	62.3	Ätiologie und Pathogenese	591
			62.4	Gewichtsbezogene Stigmatisierung	593
58	Belastungsreaktion, Anpassungsstörung und posttraumatische Belastungsstörungen	539	62.5	Körperliche Komorbidität	594
	Andreas Maercker und Rahel Bachem		62.6	Psychische Komorbidität	594
58.1	Definition und Klassifikation	539	62.7	Behandlung der Adipositas	595
58.2	Epidemiologie	540	62.8	Prävention	598
58.3	Symptomatik	540	63	Sexuelle Störungen	600
58.4	Ätiopathogenese, Salutogenese, Schutz- und Risikofaktoren	542		Aglaja Stirn und Ronja Zannoni	
58.5	Diagnostik und Differenzialdiagnostik	544	63.1	Psychosomatische Grundlagen menschlicher Sexualität	600
58.6	Therapie	544	63.2	Sexuelle Funktionsstörungen	604
58.7	Prävention „sekundärer Traumatisierung“ der Therapeuten	548	63.3	Störungen der Geschlechtsidentität	610
			63.4	Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung	612
59	Abhängigkeitserkrankungen	549	63.5	Störungen der Sexualpräferenz	613
59.1	Stoffgebundene Süchte unter besonderer Berücksichtigung von Alkohol	549	64	Angststörungen	615
	Felix Geser, Deniz Yilmazer-Hanke und Leo Hermle			Jörg Wiltink, Katja Petrowski und Manfred E. Beutel	
59.2	Nicht stoffgebundene Süchte	557	64.1	Einleitung	616
	Astrid Müller		64.2	Evolutionsbiologie von Furcht und Angst	616
60	Artifizielle Störungen	563	64.3	Diagnose und Differenzialdiagnose	617
	Annegret Eckhardt-Henn		64.4	Epidemiologie	618
60.1	Fallbeispiel und Kommentar: Was ist an diesem Fall typisch für artifizielle Störungen?	563	64.5	Ursachen und Genese	618
60.2	Definition und Klassifikation	564	64.6	Therapie von Angststörungen	619
60.3	Epidemiologie	565	64.7	Spezielle Krankheitsbilder	620
60.4	Symptomatik	565	64.8	Angst und somatische Erkrankungen	625
60.5	Die Arzt-Patient-Beziehung	566	65	Persönlichkeitsstörungen	627
60.6	Psychopathologie	566		Wolfgang Wöller, Wolfgang Tress [†] und Johannes Kruse	
60.7	Differenzialdiagnose	567	65.1	Einleitung	627
60.8	Pathogenese	567	65.2	Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen	628
60.9	Multimodale psychosomatische Therapie der artifiziellen Störungen	570	65.3	Beziehungs-, Konflikt- und Strukturdiagnostik bei Persönlichkeitsstörungen	630
60.10	Münchhausen-Syndrom	572	65.4	Zusammenhänge zwischen Persönlichkeits- und somatoformen Störungen	633
			65.5	Risikofaktoren für die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen	634

65.6	Traumatisierungen in Kindheit und Jugend und Persönlichkeitsstörungen	636	70 Funktionelle Herzbeschwerden	682
65.7	Maladaptives Krankheitsverhalten und die Folgen für die Gesundheit.	636	<i>Joram Ronel</i>	
65.8	Therapeutisches Vorgehen	637	70.1 Warum ausgerechnet das Herz? Über die Bedeutung und Symbolik eines Hohl Muskels . . .	682
66 Depression	640	70.2 Lauter Begrifflichkeiten, Erscheinungsbilder und Klassifikationen	683	
<i>Henning Schauenburg und Ulrike Dinger</i>		70.3 Epidemiologie	685	
66.1 Einleitung	641	70.4 Entwicklungspsychologische Aspekte und beziehungsmedizinische Behandlungsansätze . .	685	
66.2 Symptomatik	641	71 Fibromyalgiesyndrom	688	
66.3 Diagnostische Instrumente	643	<i>Winfried Häuser</i>		
66.4 Epidemiologie, Risikofaktoren, Verlauf	644	71.1 Definition	688	
66.5 Ätiologie	645	71.2 Klassifikation	689	
66.6 Therapie	647	71.3 Ätiopathogenese und Pathophysiologie	690	
66.7 Wirksamkeitsnachweise	651	71.4 Schmerzmechanismen	690	
66.7 Zusammenfassung	652	71.5 Epidemiologie	691	
67 Die Vielfalt funktioneller Körperbeschwerden: Einführung.	653	71.6 Verlauf und Prognose	691	
<i>Constanze Hausteiner-Wiehle, Stephan Zipfel und Peter Henningsen</i>		71.7 Diagnose	691	
67.1 Körperbeschwerden sind die Regel, nicht die Ausnahme	653	71.8 Schweregrade	694	
67.2 Subjektivität von Beschwerden und ihre Bedeutungszuschreibungen	654	71.9 Therapie	695	
67.3 Körperbeschwerden als „Eintrittskarten“ ins Gesundheitswesen	655	72 Dissoziative Störungen und Konversionsstörungen	698	
67.4 Beschwerden und Befunde: Ambiguität versus Abstraktion	655	<i>Annegret Eckhardt-Henn</i>		
67.5 Schwierige Behandlungsdynamiken	656	72.1 Dissoziation(sstörungen)	699	
67.6 Zur Ätiologie funktioneller Körperbeschwerden	657	72.2 Konversionsstörungen	709	
67.7 Übergeordnete epidemiologische Aspekte	658	73 Schwindel	713	
67.8 Übergeordnete klassifikatorische Aspekte	659	<i>Annegret Eckhardt-Henn</i>		
67.9 Übergeordnete Aspekte in der Behandlung.	660	73.1 Einleitung	713	
67.10 Resümee	665	73.2 Definition und Klassifikation	715	
68 Somatoforme Störungen und ihre Nachfolger: Somatische bzw. körperliche Belastungsstörung	667	73.3 Epidemiologie	715	
<i>Peter Henningsen und Constanze Hausteiner-Wiehle</i>		73.4 Symptomatik	715	
68.1 Somatoforme Störungen	667	73.5 Verständniskonzept (Ätiologie, Pathogenese, Risikofaktoren)	717	
68.2 Somatische bzw. körperliche Belastungsstörung.	669	73.6 Diagnostik	718	
68.3 Weitere Kategorien und Klassifikationsvorschläge	671	73.7 Therapie	719	
68.4 Anmerkungen zur Therapie	672	73.8 Verlauf und Prognose	720	
68.5 Zusammenfassung und Ausblick	673	74 Müdigkeit und Chronic Fatigue	721	
69 Funktionelle Magen-Darm-Beschwerden	675	<i>Winfried Häuser und Peter Henningsen</i>		
<i>Andreas Stengel und Stephan Zipfel</i>		74.1 Definitionen	721	
69.1 Funktionelle Dyspepsie	675	74.2 Müdigkeit in der allgemeinen Bevölkerung.	721	
69.2 Reizdarmsyndrom	677	74.3 Müdigkeit in der Hausarztpraxis	722	
		74.4 Chronic-Fatigue-Syndrom/Myalgische Enzephalomyelitis (CFS/ME)	722	
		74.5 Post-COVID, Müdigkeit und CFS	725	
		74.6 Müdigkeit bei chronischen körperlichen Erkrankungen	726	
		74.7 Müdigkeit bei funktionellen somatischen Syndromen	727	
		74.8 Müdigkeit bei psychischen Störungen	727	
		74.9 Fazit für die Praxis.	729	

75	Schmerz	730	79.12	Selbstbehandlungsverhalten und Stoffwechseleinstellung	780
	Wolfgang Eich und Jonas Tesarz		79.13	Psychosomatische/psychotherapeutische Beiträge zur Diabetestherapie	781
75.1	Einleitung	730			
75.2	Klinische Schmerzsyndrome	733			
75.3	Psychosomatische Modelle von Schmerz	734			
75.4	Schmerztherapie als interdisziplinäre Zusammenarbeit	736	80	Arterielle Hypertonie	784
				Christiane Waller, Heinz Rüdell und Christoph Herrmann-Lingen	
76	Kopfschmerzen	739	80.1	Definition und Klassifikation	786
	Charly Gaul und Anna-Lena Guth		80.2	Epidemiologie	787
76.1	Epidemiologie und Klassifikation	739	80.3	Symptomatik	787
76.2	Störungsmodell chronischer Kopfschmerzen	740	80.4	Pathophysiologische Grundlagen der Blutdruckregulation	787
76.3	Chronifizierungsfaktoren	740	80.5	Theorien zur Ätiologie und Pathogenese	789
76.4	Das klinische Bild	741	80.6	Therapie	792
76.5	Pathomechanismen	742			
76.6	Psychologische Diagnostik	743	81	Koronare Herzkrankheit	794
76.7	Therapie	743		Christian Albus und Christoph Herrmann-Lingen	
76.8	Evidenz für psychologische Verfahren	747	81.1	Historische Vorbemerkungen	795
			81.2	Definition und klinisches Bild	795
77	Rückenschmerzen	748	81.3	Epidemiologie und sozioökonomische Bedeutung	796
	Marcus Schiltenswolf		81.4	Ätiologie und Pathogenese	796
77.1	Definition	749	81.5	Krankheitsverhalten bei manifester KHK	803
77.2	Epidemiologie	750	81.6	Diagnostik psychosozialer Risikofaktoren	803
77.3	Symptomatik	750	81.7	Therapie	804
77.4	Verständniskonzept (Ätiologie, Pathogenese, Risikofaktoren)	750	81.8	Schlussfolgerungen	809
77.5	Diagnostik	752	82	Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen	811
77.6	Therapie	752		Christoph Herrmann-Lingen und Christian Albus	
77.7	Verlauf und Prognose	758	82.1	Definition und Klassifikation	811
			82.2	Epidemiologie	812
78	Schlaf und Schlafstörungen	759	82.3	Symptomatik	812
	Martin Hatzinger		82.4	Verständniskonzept	812
78.1	Einleitung	759	82.5	Diagnostik	814
78.2	Normaler Schlaf	759	82.6	Somatische Therapie	814
78.3	Schlafstörungen	761	82.7	Psychosomatische Therapien	816
78.4	Therapie	766	83	Asthma bronchiale und COPD	819
				Wolf Langewitz und Antonius Schneider	
79	Diabetes mellitus	770	83.1	Überlegungen zur Patientinnengeschichte	820
	Johannes Kruse, Bernhard Kulzer und Karin Lange		83.2	Ätiologie, Differenzialdiagnose und Epidemiologie von Asthma bronchiale und COPD	820
79.1	Definition	771	83.3	Biopsychosoziale Aspekte bei der Behandlung des Asthma bronchiale	821
79.2	Epidemiologie	772	83.4	Biopsychosoziale Aspekte bei der Behandlung der COPD	823
79.3	Symptomatik	772	83.5	Funktionelle respiratorische Störungsbilder	824
79.4	Prognose	772			
79.5	Ätiologie und Pathogenese	773	84	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen und gastroduodenale Ulzera	826
79.6	Biopsychosoziale Interaktionen in der Genese und im Verlauf des Diabetes	773		Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	826
79.7	Direkte psychophysiologische und neuroendokrinologische Bindeglieder	774		Rainer Schaefer und Winfried Häuser	
79.8	Prävention des Diabetes	775	84.1	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	826
79.9	Therapie des Diabetes	775			
79.10	Belastungen durch die Krankheit und die Therapie	777			
79.11	Anpassungs- und komorbide psychische Störungen	778			

84.2	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre	833	91.2	Somatoforme urologische Funktions-, Schmerz- bzw. Belastungsstörungen.	906
	Winfried Häuser		91.3	Psychosoziale Belastung bei urologischen Tumorerkrankungen	912
85	Chronische Polyarthritits	836	91.4	Sexuelle Funktionsstörungen des Mannes.	913
	Wolfgang Eich und Jonas Tesarz		92	Neurologie	916
85.1	Vorbemerkung	836		Roger Schmidt	
85.2	cP und Persönlichkeit	837	92.1	Das Nervensystem: Schnittstelle von Körper, Person und Umwelt.	916
85.3	cP und Stress.	838	92.2	Psychosomatik in der Neurologie heißt Komplexität erfassen.	918
85.4	Verlauf	838	92.3	Psychosomatik in der Neurologie heißt (Be-)Handeln.	923
85.5	Therapie	839	93	Dermatologie	926
86	Psychoonkologie	842		Eva M.J. Peters	
86.1	Psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung und im Verlauf von Krebserkrankungen	842	93.1	Einleitung	926
	Imad Maatouk		93.2	Das biopsychosoziale Konzept in der Psychodermatologie	927
86.2	Psychosoziale Belastungen und Krankheitsbewältigung bei Krebs	848	93.3	Aufbau und Funktion der Haut	928
	Kurt Fritzsche und Wolfgang Söllner		93.4	Psychoneuroimmunologische Konzepte für die Dermatologie	929
86.3	Psychoonkologische Interventionen	855	93.5	Häufige psychodermatologische Störungen	930
	Jörg Wiltink und Manfred E. Beutel		93.6	Psychodermatologische Diagnostik	932
87	Palliativmedizin	864	93.7	Psychodermatologische Behandlungsansätze	932
	Eckhard Frick		93.8	Fazit	934
87.1	Was ist Palliativmedizin?	864	94	Augenheilkunde	935
87.2	Interdisziplinäre Diagnostik und Indikationsstellung	865		Hedwig-Josefine Kaiser und Carl Erb	
87.3	Komorbiditäten	867	94.1	Einleitung	935
87.4	Psychotherapeutische Interventionen	871	94.2	Akkommodations-Konvergenz-Spasmus	935
87.5	An die Grenze begleiten	872	94.3	Auge und Immunsystem	936
88	Plastische Chirurgie und kosmetische Dermatologie	873	94.4	Endokrine Orbitopathie	936
	Uwe Gieler und Peter Joraschky		94.5	Trockenes Auge.	938
88.1	Plastische Chirurgie in Deutschland	873	94.6	Glaukom	939
88.2	Die körperdysmorphe Störung (KDS)	876	94.7	Durchblutungsstörungen am Auge	940
88.3	Zusammenfassung	881	94.8	Zusammenfassung	943
89	Orthopädie	883	95	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	945
	Marcus Schiltenswolf		95.1	Stimmstörungen und Schwerhörigkeit	945
89.1	Gelenkschmerzen	883		Frank Rosanowski	
90	Frauenheilkunde	890	95.2	Tinnitus	950
	Kerstin Weidner und Mechthild Neises-Rudolf			Jörg Frommer und Michael Langenbach	
90.1	Psychosomatische Frauenheilkunde und Psychotherapie	890	96	Zahnheilkunde	955
90.2	Psychosomatische Gynäkologie	891		Anne Wolowski	
90.3	Psychosomatische Geburtshilfe	895	96.1	Die Bedeutung der Psychosomatik für die Zahnmedizin	955
90.4	Die onkologische Patientin in der psychosomatischen Frauenheilkunde	903	96.2	Orofaziale Funktionsstörungen	956
91	Urologie	905	96.3	Okklusale Dysästhesie	958
	Hermann J. Berberich		96.4	Burning-Mouth-Syndrom (BMS)	959
91.1	Allgemeine Aspekte zur Psychosomatik in der Urologie	905	96.5	Somatoforme Prothesenunverträglichkeit	960
			96.6	Parodontale Erkrankungen	960

96.7	Zahnbehandlungsangst	961	101.5	Aktuelle Herausforderungen	1014
96.8	Psychische Folgen bei Orofazialkarzinomen	962	101.6	Vermittlung interpersoneller Fertigkeiten als zentrale Kernkompetenz der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie	1015
97	Kinder- und Jugendmedizin	963	101.7	Das Praktische Jahr (PJ) im Fachbereich Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	1016
	Franz Resch		101.8	Quervernetzungsaspekte des Fachbereichs Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit den klassischen somatischen Fächern	1016
97.1	Allgemeine Einleitung	963	101.9	Überprüfung der Lerninhalte im Rahmen des Fachbereichs Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	1017
97.2	Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit	966	101.10	Wissenschaftlichkeit des Fachbereichs Psychosomatik und Psychotherapie und deren Vermittlung	1017
97.3	Behandlungsstrukturen und Kooperationen	969	101.11	Ausblick	1017
97.4	Ausgewählte Störungen, die sich mit psychischen und somatischen Symptomen präsentieren	970	102	Psychosomatische Grundversorgung	1019
97.5	Ausgewählte somatische Erkrankungen mit psychischer Beteiligung	973		Olaf Reddemann und Kerstin Weidner	
98	Gerontopsychosomatik	976	102.1	Historie, Konzept und Verortung in der Versorgung	1019
	Gereon Heuft		102.2	Umsetzung von PSGV in der Versorgung unter Einbeziehung des Behandlungsteams	1021
98.1	Wie hätten Sie sich gegenüber der 80-jährigen Patientin verhalten?	977	102.3	Kooperation von somatischen Fächern	1022
98.2	Epidemiologische Grundlagen	977	102.4	Kooperation mit Psychotherapie	1023
98.3	Entwicklungspsychologisches Konzept des Alterns und die Bedeutung einer somatopsychosomatischen Sicht des Alternsprozesses	979	102.5	Inhalte und Struktur der Weiterbildung PSGV	1023
98.4	Psychogeriatrische Diagnostik	980	102.6	Curriculumsentwicklung	1023
98.5	Behandelnde: ihre Wahrnehmung und ihre möglichen Reaktionen	981	102.7	Erfahrungen in der Weiterbildung zur PSGV aus Sicht der Weiterbildenden	1026
98.6	Hilfestellung und (psycho-)therapeutische Behandlungsmöglichkeiten	983	102.8	Fazit und Ausblick	1028
99	Anästhesie und Intensivmedizin	987	103	Die ärztliche Fort- und die psychosomatische Weiterbildung in Deutschland, Österreich und der Schweiz	1029
99.1	Anästhesie	987		Die Weiterbildung in Deutschland	1029
	Ursula Wisiak		103.1	Die Weiterbildung in Österreich	1034
99.2	Patienten und Angehörige auf der Intensivstation	989	103.3	Die ärztliche Weiterbildung in Psychosomatischer und Psychosozialer Medizin in der Schweiz	1036
	Sabina Hunziker			Niklaus Egloff	
100	Transplantation und Organersatz	996	104	Psychosomatische Begutachtung	1038
100.1	Nierenersatz und Nierentransplantation	996		Wolfgang Schneider	
	Alexander Kiss und Irene Geiger		104.1	Vorbemerkungen	1038
100.2	Hämatopoetische Stammzelltransplantation	1001	104.2	Welche diagnostischen Dimensionen sind bei der psychosomatischen Begutachtung zu berücksichtigen?	1039
	Klaus Hönig, Norbert Grulke und Harald Bailer		104.3	Die Reichweite der testpsychologischen Diagnostik	1040
100.3	Transplantation solider Organe	1004	104.4	Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit	1041
	Yesim Erim und Frank Vitinius		104.5	Das Kriterium der zumutbaren Willensanspannung	1044
X	Aus-, Fort- und Weiterbildung	1011	104.6	Die Begutachtung der Kausalität	1044
101	Aktuelle Entwicklungen in der Lehre der Psychosomatischen Medizin	1013			
	Anne Herrmann-Werner, Jana Jünger, Stephan Zipfel und Christoph Nikendei				
101.1	Hintergrund	1013			
101.2	Novellierung der ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO)	1013			
101.3	Kompetenzorientiertes Lernen und Prüfen	1014			
101.4	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie als zentrales Kernfach	1014			

104.7	Diagnostische Ebenen bei der Beurteilung posttraumatischer Belastungsstörungen	1045
104.8	Die Bewertung und Integration der unterschiedlichen Datenebenen.	1046
104.9	Abschließende Bemerkungen zum Gutachtenprozess	1047
105	Arztgesundheit	1048
	Harald Gündel und Peter Angerer	
105.1	Einführung	1048
105.2	Zusammenhänge	1048
105.3	Interventionen zur Unterstützung der Gesundheit von Gesundheitsfachkräften	1052

Register	1057
---------------------------	------

Literaturverzeichnis

Das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie online.
Es ist abrufbar über den folgenden QR-Code oder diesen
Link: https://else4.de/Uexkuell9_Literatur



LESEPROBE



Theoretische Grundlagen

1	„Integrierte Medizin“	3
2	Leib und Seele oder Das verkörperte Selbst und seine Störungen	23
3	„Was ist das Besondere an der psychosomatischen Arbeitsweise?“ Von der Theorie der Humanmedizin zur Neuen Phänomenologie	33

LESEPROBE

1

Karl Köhle^{1,2}

„Integrierte Medizin“¹

1.1 Reform ärztlichen Handelns	3	1.3.3 Vom Einzelfall zum Krankheitsbild zur Indikationsstellung.....	16
1.1.1 Von Uexkülls Anliegen.....	3	1.3.4 Partizipative Entscheidungsfindung anstreben....	16
1.1.2 Weiterbildungsordnung ermöglicht Reform.....	4	1.3.5 Adhärenz fördern.....	17
1.1.3 Ziele „Integrierter Medizin“.....	5	1.4 Integrierte Medizin gemeinsam realisieren	18
1.2 Reform in der Praxis: Woran können wir uns orientieren?	5	1.4.1 Kooperation in der klinischen Praxis.....	18
1.2.1 Die Stellung ärztlichen Handelns im Feld der Wissenschaften.....	5	1.4.2 Solidarität und Wandel im sozialen Feld.....	19
1.2.2 Medizin ist Handlungswissenschaft.....	9	1.4.3 Im „Widerstreit“ mit der Gesundheitswirtschaft.....	19
1.2.3 Ärztliches Handeln als Fallarbeit (Kasuistik).....	11	1.5 Persönliche Erfahrungen	19
1.3 Fallarbeit im Verlauf	13	1.5.1 Herausforderungen.....	19
1.3.1 Fall öffnen – kooperative Beziehung aufbauen – Wissen generieren.....	13	1.5.2 Aus- und Fortbildung.....	20
1.3.2 Fall aufbereiten – Diagnose stellen.....	15	1.5.3 Zufriedenheit im Beruf.....	21

„Wie alles Lebendige so entfaltet sich die Medizin – in der Wissenschaft und in der ärztlichen Aufgabe – in dauernder Bewegung, in den wechselnden Anschauungen, Erkenntnissen und Bedürfnissen der sich wandelnden Zeit, in jeder Begegnung von Arzt und Krankem ...“

Richard Siebeck (1949)

„The patient and I are the case.“

John Horder (1981)

1.1 Reform ärztlichen Handelns

1.1.1 Von Uexkülls Anliegen

Thure von Uexküll hat über viele Jahre auf verschiedenen Ebenen entscheidend zur Realisierung des Arbeitsbereichs „Psychosoma-

tische Medizin“ in der Bundesrepublik beigetragen. 1975, kurz vor seiner Emeritierung, sah er die Zeit gekommen, gemeinsam mit langjährigen Mitarbeitern den Entwicklungsstand dieses Arbeitsansatzes in Form eines Lehrbuchs darzustellen. Die strukturierte Präsentation von Verständniskonzepten, empirischen Befunden zu Krankheitsbildern, diagnostischen und therapeutischen Verfahren, bereits erprobten Organisationsformen sowie Aus- und Fortbildungskonzepten sollte die Institutionalisierung dieses Arbeitsbereichs sichern, Interessierten den Zugang zum bisher Erreichten erleichtern und sie dazu ermutigen, auf diesem Fundament weiterzubauen.

Schon in den *Grundfragen der psychosomatischen Medizin* (1963) hatte von Uexküll dargelegt, warum sein Anliegen über die Fundierung eines eng gefassten Arbeitsbereichs hinausreichte und sich nicht auf die Psychotherapie von Patienten beschränkte, die an einer Gruppe ausgewählter Störungen leiden. In der Tradition Gustav von Bergmanns, Ludolf von Krehls und Viktor von Weizsäckers verstand er „Psychosomatische Medizin“ **nicht** als ein „*neues Spezialfach, ... sondern [als] eine alle Zweige der Medizin betreffende neue Forschungsrichtung*“ (1963: 13). Unser Lehrbuch orientierten wir an dieser umfassenderen, in klinischer Tätigkeit gewonnenen und durch

¹ Ich danke Herrn Prof. Dr. Hans Julius Schneider, Philosophisches Institut, Universität Potsdam, sehr dafür, dass er mir Zugang zur Handlungstheorie vermittelt hat (s. auch Schneider 1989, 1996, 1999). Britta Kretschmer und Prof. Dr. Rainer Obliers danke ich für die wiederholte geduldige Diskussion dieses Kapitels, Dr. Walter Thomas für die Möglichkeit, ergänzendes Material digital anbieten zu können.

² Ergänzungen für 9. Auflage durch Prof. Dr. Wolfgang Söllner

³ John Horder, President, Royal College of General Practitioners, Michael Balint Memorial Lecture, 27. Januar 1981

empirische Forschung zunehmend bestätigten „Auffassung ..., dass psychosoziale Einflüsse auf Entstehung, Verlauf und Endzustände von Krankheiten ebenso wichtige und legitime Probleme für die Heilkunde aufwerfen wie die Einflüsse physikalischer, chemischer oder mikrobiologischer Faktoren“ (1979: V). Wir folgten von Uexküll auch in seiner Absicht, dazu beizutragen, dass es **in allen Fachbereichen**, „*quer zur Spezialisierung*“ möglich wird, „eine medizinische Betreuung kranker Menschen zu verwirklichen, welche die körperlichen, seelischen und sozialen Probleme gleich ernst nimmt“.

Vom psychosomatisch tätigen Arzt verlangt diese Auffassung eine zweifache **Integrationsleistung**:

- In der unmittelbaren Krankenversorgung orientiert er sich am biopsychosozialen Verständniskonzept und versucht, bei aller notwendigen speziellen Diagnostik seine **Patienten** „als psychophysische Einheit zu erfassen“ (1979: 3–4).
- Darüber hinaus beteiligt er sich als Mitglied der ärztlichen Berufsgemeinschaft auch an der Entwicklung „**neuer Formen kollegialer Zusammenarbeit**, sowohl in der Krankenversorgung wie in der Forschung“ (1979: V).

Von Uexkülls Anliegen war ein pragmatisches. Es galt primär dem eigentlichen „Geschäft des Arztes“, unserem Handeln in der Krankenversorgung (1963: 7–9). Mit theoretischen Konzepten beschäftigte er sich um der notwendigen Reform der Praxis willen: „Theorie ist etwas, das Praxis ermöglicht und zugleich die Form der Praxis bestimmt“ (1978: 123). Der Gefahr, als „Theoretiker“ ausgegrenzt zu werden, trat er entschieden entgegen: „Mein ganzes Bemühen [ist es] zu zeigen, dass psychosomatische Medizin keine Philosophie ist“ (1963: 11).

Dieser identitätsbestimmende **Praxisbezug** prägte auch die Gestaltung unseres **Lehrbuchs**. Schon in der 1. Auflage galten ca. 200 Seiten, ein Viertel des Gesamtumfangs, unmittelbar den Problemen **patientenzentrierten Handelns**. In vielen Beiträgen schilderten wir eigene, mit Kranken- und Behandlungsgeschichten illustrierte Erfahrungen mit der Konsultations-Liaison-Tätigkeit, mit einer internistisch-psychosomatischen Modellstation sowie einer Ambulanz für Hochdruckkranke und stellten Befunde aus Forschungsprojekten dar, deren Ziel es war, die **Qualität ärztlichen Handelns** (u. a. der Gesprächsführung während der Visite) zu evaluieren und konzeptgeleitet weiterzuentwickeln. Die Resonanz auf die erste Auflage des Buches ermutigte uns, diese praxisorientierte Ausrichtung beizubehalten.

1.1.2 Weiterbildungsordnung ermöglicht Reform

Im Zuge allgemeiner gesellschaftlicher Entwicklungen verbesserten sich die Rahmenbedingungen für eine solche Reform. Mit Fortschritten der empirischen Forschung stieg das Interesse von Kollegen an Kooperationsprojekten mit „Psychosomatikern“ und unseren Fortbildungsangeboten. In der ganzen Breite der Krankenversorgung wurde die Reform dann realisierbar, als auch die Repräsentanten bisher konkurrierender Fachgesellschaften erkannten, dass eine gestuft organisierte Zusammenarbeit spezialisierter Psychotherapeuten mit Ärzten anderer Fachgebiete, die sich am biopsychosozialen Verständniskonzept orientieren, in der Krankenversorgung eindrucksvolle Synergieeffekte ermöglicht.

Tab. 1.1 Das Gebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“

	Aufgaben	Qualifikation
Psychosomatische Grundversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Theorie: biopsychosoziales Modell, Krankheitslehre • Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung • Techniken verbaler Intervention 	Fortbildung (alle Gebiete), in Weiterbildung integriert (Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde)
Psychotherapie fachbezogen	Richtlinien-Psychotherapie, in Fachpraxis integriert-psycho-somatische Behandlung	Facharzt für ... plus Zusatzweiterbildung, berufsbegleitend
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Fachspezifisch</i>: Richtlinien-Psychotherapie • <i>Kooperativ</i>: Konsultations-/Liaison-Dienst, Supervision, Weiterbildung 	Vollzeitweiterbildung

1992 beschloss der Deutsche Ärztetag, „*Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*“⁴ als neues, selbstständiges Gebiet in die Weiterbildungsordnung und damit in den Kanon der medizinischen Fächer aufzunehmen. Das Ärzteparlament übertrug diesem Gebiet zugleich spezialistische und integrative Aufgaben. Es soll:

1. ein bedarfsgerechtes Angebot ärztlicher Fachpsychotherapie – **gemeinsam** mit Ärzten für Psychiatrie – sicherstellen,
2. Ärzten in allen Bereichen der Krankenversorgung ermöglichen, ausreichend Kompetenz zu erwerben, um ihr Handeln am biopsychosozialen Verständniskonzept und darauf bezogenen Behandlungskonzepten auszurichten.

Die Zusammenarbeit von Spezialisten und Generalisten ist als **Versorgungsverbund** konzipiert. Er ermöglicht, wissenschaftlich evaluierte Formen der Psychotherapie sehr viel breiter als bisher in die gesamte medizinische Versorgung einzubeziehen. Die Anforderungen an die jeweilige psychosomatisch-psychotherapeutische Kompetenz der Beteiligten wurden in einem Stufenkonzept definiert (> Tab. 1.1).

Die Entscheidung des Deutschen Ärztetages markiert den Beginn einer Erfolgsgeschichte: Heute beteiligen sich in Deutschland ca. 5.000 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, mehr als 13.000 Fachärzte anderer Gebiete mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ und ca. 55.000 Ärzte mit Zulassung zur „Psychosomatischen Grundversorgung“ an der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker (Kruse et al. 2013; BÄK 2022). Darüber hinaus profitiert die gesamte Heilkunde als ein „lernendes System“ von dringend benötigten und jetzt verfügbaren Verständnis- und Handlungsansätzen. Der Wandel im Krankheitsspektrum und neue aufwendige und belastende Therapieverfahren verlangen auch von primär im somatischen Bereich tätigen Kollegen zunehmend, ihre Patienten bei der **Verarbeitung** chronischer und schwerer Krankheit zu unterstützen und ihnen zu helfen, dysfunktionales **Krankheitsverhalten** zu modifizieren. Hierfür stehen ihnen nun von Psychotherapeuten über Jahrzehnte entwickelte und erprobte Konzepte zur Verfügung, die es ermöglichen, unter alltäglichen Praxisbedingungen die Arzt-Patient-Beziehung auch psychotherapeutisch wirksam zu gestalten.

⁴ Bis 2003 „Psychotherapeutische Medizin“

Solche Konzepte wurden inzwischen in die Behandlungsleitlinien von Fachgesellschaften (u. a. Onkologie, Kardiologie, Gastroenterologie und Diabetologie), in Zertifizierungsbedingungen für Zentren (u. a. Onkologie und Multimodale Schmerztherapie) und in die Facharztweiterbildung (u. a. Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde) aufgenommen. Die Bezeichnung interdisziplinärer Arbeitsgruppen („Psychoonkologie“, „Psychokardiologie“, „Psychodiabetologie“) lässt erkennen, dass der Bedarf für eine Einbeziehung psychosozial orientierter Verständnis- und Handlungsansätze in diesen Bereichen anerkannt wird. Auch die Gründung multizentrischer, interdisziplinärer und interprofessioneller Versorgungs- und Forschungsnetzwerke, u. a. „Hamburger Netz psychische Gesundheit“ (Shedden-Mora 2015) und „FAUST“ in der Unfallchirurgie (Angenendt et al. 2011, 2012), entspricht dem Ziel, psychische und soziale Belastungen vermehrt in die gesamte Krankenversorgung einzubeziehen. Die Erarbeitung des „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs“ (NKLM) als Orientierungsmöglichkeit für Reformansätze in der Ausbildung ist ein wichtiges Beispiel dafür, dass auch in den Fakultäten Initiativen des neuen Fachs auf positive Resonanz treffen (Konsiliar- und Liaisondienste > Kap. 52, Integrierte stationäre Psychosomatik > Kap. 53, Lehre > Kap. 101).

1.1.3 Ziele „Integrierter Medizin“⁵

Die geschilderte Entwicklung verlief deutlich positiver, als von Uexküll dies ursprünglich von einer Reform der Weiterbildungsordnung erwartet hatte. Er erkannte, dass sich damit auch die Voraussetzungen dafür verbesserten, konzeptionell und institutionell die *„dualistische Spaltung der Heilkunde in eine Medizin für Körper ohne Seelen und eine Psychologie für Seelen ohne Körper [zu] überwinden“*. Er erweiterte die Bezeichnung seines „Gesamtkonzepts der Heilkunde“ zu *„Integrierter Medizin“* und übertrug diesem Konzept drei miteinander verbundene **Aufgabenstellungen**.

1. Integrierte Medizin soll in der Ärzteschaft ein **Bewusstsein** dafür **fördern**, dass wir uns aus der starren Fixierung unseres beruflichen **Selbstverständnisses** an die tradierte Auffassung der Medizin als einer „angewandten (Natur-)Wissenschaft“ befreien müssen, um unsere wissenschaftlichen Orientierungsmöglichkeiten erweitern zu können.
2. Integrierte Medizin soll das **„biopsychosoziale Modell“** **„revitalisieren“** (Lewis 2007a; > Kap. 2) und zu einem Konzept **weiterentwickeln**, in dem *„physiologische, psychische und soziale Vorgänge nicht mehr ... als isolierte Ereignisse unverbunden nebeneinander stehen, sondern sich gegenseitig beeinflussen und ergänzen“* (von Uexküll 2003: VI).
Viktor von Weizsäcker hatte sich schon früh von einer *„sozusagen trivialen Anthropologie“* distanziert, die jedermann mit sich herumtrage, *„etwa der Vorstellung, dass der Mensch aus Leib, Seele und Geist besteht“*, und der unverbindlichen *„Vorstellung des Zusammengehörens von drei Stücken“* (1944/1986: 84).
Herbert Weiner hatte darauf aufmerksam gemacht, dass George Engels Modell (1977) keinen Ansatz für das Verständnis der

Wechselwirkungen zwischen den Subsystemen des biopsychosozialen Gesamtsystems enthält. Dieses Defizit trägt dazu bei, dass das Modell seine Funktion als weithin akzeptierter Orientierungsrahmen einzubüßen droht, oft nur noch als *„empty shibboleth“* (Lewis 2007a) oder als *„Cover für konzeptuelle Beliebigkeit“* (Henningsen 2021; siehe auch > Kap. 2) dient. Eine Revitalisierung dieses Modells durch ergänzende Konzeptualisierung und weiterführende Forschung erscheint dringend erforderlich (Lewis 2007a; vgl. Henningsen 2015).

Um das **Zusammenwirken** der Teilbereiche ärztlichem Verstehen zu erschließen, schlug von Uexküll vor, *„drei einschneidende theoretische Vorannahmen einzuführen“*, *„die Theorie des Konstruktivismus, die Lehre der Zeichen und eine Systemtheorie, in der Organismen zusammen mit ihrer Umwelt ein Ganzes, ein lebendes System bilden“* (von Uexküll und Wesiack 2003: 20).

3. Integrierte Medizin soll von Weizsäckers vielzitierte Forderung nach der **„Einführung des Subjekts“** in die Medizin erfüllen (1944/1986: 82 und 1945/1986: 293). Erst mit der Einführung eines Subjekts, dem etwas widerfährt, das erlebt, interpretiert und selbst handelt, gewinnen Konzepte für das Zusammenwirken von Psyche und Soma Relevanz für den Arzt (1944/1986: 84). *„Die Einführung des Subjekts in die Methode der Forschung ist der Punkt, an dem die Verschiebung der Grundlagen einsetzt“* (1935/1986: 330).
Im folgenden Abschnitt diskutiere ich diese drei Aufgabenstellungen und erläutere sie an zwei kasuistischen Beispielen.

„Die Entfaltung der Heilkunde geschieht nicht nur durch Erfindungen und Entdeckungen, sondern auch durch die Ordnung des Denkens.“

Richard Koch (1923)

1.2 Reform in der Praxis: Woran können wir uns orientieren?

1.2.1 Die Stellung ärztlichen Handelns im Feld der Wissenschaften

Unser ärztliches Selbstverständnis

Im Praxisalltag reflektieren wir unseren Bezug zur Wissenschaft kaum, obwohl dieser unser Selbstverständnis und unser Praxisverhalten mitprägt:

„Wir sind in der Vorstellung aufgewachsen, Medizin sei eine angewandte Wissenschaft – und das meint letzten Endes gar keine Wissenschaft, sondern eine Disziplin, welche die Theorien und Methoden von sogenannten Grundlagenwissenschaften für die praktischen Zwecke der Ärzte verwende.“

von Uexküll und Wesiack (1998: 2)

Während unserer Aus-, Weiter- und Fortbildung hat sich diese Vorstellung verfestigt. Als *„Habitus“* (s. u.) verkörpert, *„in Fleisch und Blut übergegangen“*, disponiert sie unser ärztliches Verhalten: Wir

⁵ Vgl. Integrated Care – ein mehrdimensionales Konzept der ärztlichen Primärversorgung in den Niederlanden (Valentijn et al. 2013)

denken, sprechen, entscheiden und handeln vom Standpunkt jener wissenschaftlichen Disziplinen aus, deren Ergebnisse oder Methoden wir anwenden (vgl. Wieland 1975/2004: 7). Damit sind wir zu diesen Disziplinen in ein Abhängigkeitsverhältnis geraten. Von uns unbemerkt lenken sie unsere Aufmerksamkeit und unsere „Parteinahmen“ (von Weizsäcker 1927/1987: 190): Wir „sehen nicht, wie weit die Theorien fremder Fächer die Realität der Krankheiten bestimmen, welche die Medizin diagnostiziert und behandelt“ (von Uexküll und Wesiack 1998: 3).

Von Weizsäcker sprach von einer „Unterwerfung“ unter die Gesetze der Naturwissenschaften, einer „Knechtschaft“, nicht weit von „Sklaverei“ entfernt (1947/1987: VII: 141). Inhaltlich gleichgerichtet, in der Form ähnlich scharf, klagt der amerikanische Kardiologe und Friedensnobelpreisträger Bernhard Lown (1996/2004), dass „die schwer fassbaren seelischen Eigenschaften, die eines jeden Einmaligkeit ausmachen“, kaum mehr beachtet würden, weil sie „außerhalb des Betätigungsfeldes der Molekularbiologie liegen“, und dieses „inhumane Kernstück ein tödliches Virus für die Medizin“ darstelle. Er hoffe, dass sich die Menschen „nicht mit der endgültigen Verfremdung abfinden, zu standardisierten Objekten degradiert zu werden.“ Sie würden letztlich „nicht akzeptieren, nur als eine Ansammlung entzweigangener biologischer Teile betrachtet zu werden.“

Ein klinisches Beispiel soll verdeutlichen, wie sehr die Fixierung unseres ärztlichen Selbstverständnisses in Verbindung mit einer unreflektierten Exklusion ergänzender Sichtweisen die Möglichkeiten klinischer Arbeit einschränkt und dass sie dringend einer Korrektur bedarf.

Patientengeschichte

Kasuistik 1: „Für Gefühle gibt es keinen Titer“: nicht einstellbarer Diabetes mellitus – verzweifelt Trauernder

Ein Stationsarzt bittet mich, als Konsiliarius zu einem 62-jährigen Diabeteskranken zu kommen, und berichtet folgende Krankheitsgeschichte: 40 Jahre lang sei der Pat. mit dem Typ-1-Diabetes gut zurechtgekommen. Seit 6 Monaten sei sein Stoffwechsel jedoch „nicht mehr einstellbar“. Mehrfach sei er ins hypoglykämische Koma geraten. Seit 5 Monaten werde er nun in Kliniken behandelt, jetzt auf dieser Spezialstation für Stoffwechselkranke – bisher erfolglos.

Herr A. erzählt mir seine Krankengeschichte: In den Monaten vor der Erkrankung seien mehrere seiner nächsten Angehörigen gestorben. Nach dem Tod seines Vaters und eines Bruders habe er schließlich auch noch seine 7 Jahre ältere Schwester verloren, die ihm besonders viel bedeutet habe: Schon früh während seiner Kindheit habe sie für ihn die schwer erkrankte Mutter vertreten. Zeitlebens sei er deshalb der Schwester sehr eng verbunden gewesen.

Nach dem Tod seiner Schwester habe er sich „gelähmt“ gefühlt, „wie in einem Schock“. Er habe große Sehnsucht nach der Schwester gehabt und sich intensiv gewünscht, sie solle ihn doch auch „hinüberholen“ – ins Totenreich. Auf dem Weg zum Aufbahrungsort sei er „ohnmächtig“ geworden und habe so von der Schwester „nicht mehr richtig Abschied nehmen“

können. Seine Gefühle habe er niemandem mitzuteilen vermocht. Traurigkeit und Weinen könne er mit seinem Selbstverständnis als Mann nicht vereinbaren. Seine Aufgabe in dieser Situation habe er vielmehr darin gesehen, „die anderen“, seine Frau und die übrigen Angehörigen, zu trösten.

Seinen Arzt habe er gefragt, ob die „Entgleisung“ des Diabetes mit den erlebten Belastungen in Zusammenhang stehen könne. Man könne dies nicht beweisen, habe der Arzt geantwortet: „Für Gefühle gibt es keinen Titer.“

Im Verlauf von drei Gesprächen lockert sich die Blockade: Der Pat. taut auf, wird lebhafter und schließlich auch fähig, offen um die verstorbenen Angehörigen zu trauern. Parallel dazu normalisiert sich die Stoffwechselregulation. Während seines verzweifelten Rückzugs in eine Schutzhaltung hatte der Pat. seine Diät und wohl auch seine Insulinbehandlung doch vernachlässigt; entgegen all seinen Beteuerungen war er nicht mehr in der Lage gewesen, seine Stoffwechselstörung wie bisher ausreichend selbst zu regulieren.

Mit dem Tod seiner Angehörigen erfuhr Herr A. eine gravierende Störung, einen Bruch der „Einheit des Organismus mit seiner Umwelt“ (von Uexküll, > Kap. 8); er verlor die Unterstützung seiner Selbstgefühlsregulation durch seine Schwester, die für ihn seit seiner Kindheit wichtig war. Es gelang ihm nicht, seinem Arzt die subjektive Bedeutung dieses Verlustes zu vermitteln.

Der Stationsarzt wird das mit dem Beziehungsverlust verbundene Leid des Patienten wahrgenommen haben. Durch die Frage des Kranken in Zugzwang gebracht, legte er ihm seinen Bezug zur Wissenschaft und sein damit verbundenes **professionelles Selbstverständnis** offen: Ausschließlich **metrisch Prüfbares** sei für sein Handeln relevant, subjektiv Erlebtes könne nicht gemessen und damit nicht berücksichtigt werden. Sein konsequentes Festhalten an diesem Wissenschaftsbezug mag unbemerkt auch dadurch mitbestimmt gewesen sein, dass es ihm half, sich vor einer zu starken Mitbelastung durch das Leid des Kranken zu schützen. Immerhin nutzte der Stationsarzt das Angebot unseres psychosomatischen Konsultationsdienstes, seinerzeit ein mutiger Schritt in Richtung einer „integrierten“ Praxis. Inzwischen wurden „Abwärtsbewegungen“ zwischen der sozialen, der psychischen und der somatischen Integrationsebene des als hierarchisch geordnet konzipierten biopsychosozialen Modells näher untersucht und Empfehlungen für den Umgang mit Angst und Depression als Komorbidität in die Leitlinien auch diabetologischer Fachgesellschaften aufgenommen (Diabetes mellitus > Kap. 79; Verlust und Trauer > Kap. 17; Komorbidität > Kap. 57).

Auch Vertreter altetablierter klinischer Fächer fordern grundlegende Reformen. So ruft der berufspolitisch erfahrene Diabetologe und Gerontologe Walter M. Bortz II zu einem **revolutionären Paradigmenwechsel** auf: weg von Passivität und Abhängigkeit von der Pharma- und Medizintechnikindustrie, hin zu einer „Next Medicine“, in der **menschliches Verhalten Priorität** in ärztlichem Denken und Handeln erhält (Bortz 2011, 2012).⁶

⁶ Occupy Medicine. A Call for a Revolution to Save American Health Care (2012)

„The physician's role transcends that of simple mechanical repair. The human body is infinitely more than a deterministic machine. ... Medicine's mission is to assert and assure human potential ... The crisis ... requires a revolutionary response ... what is needed is a rigorous new alternative, a new paradigm, more complete than the former paradigm.“

Bortz (2011: 6–8)

Wir kommen damit zu **von Uexkülls zweiter Aufgabenstellung**.

Kooperation der Subsysteme im biopsychosozialen Modell

Mit der Lösung aus dem beschriebenen Selbst-(miss-)Verständnis soll das biomedizinische Modell keineswegs verworfen werden. Ziel ist vielmehr, dieses Modell zu ergänzen, um unsere wissenschaftlichen Orientierungsmöglichkeiten zu erweitern (vgl. Lewis 2014; siehe auch > Kap. 2). Dafür ist es Voraussetzung, uns noch einmal **Descartes'** bahnbrechendes wissenschaftliches Vorgehen und die spätere Entwicklung von seinen hypothetischen Annahmen zu ideologisch verhärteter Praxis zu vergegenwärtigen.

Descartes' Ansatz war – in methodischer Hinsicht – reduktionistisch. Er selbst hat jedoch, zumindest zunächst, den **hypothetischen** Charakter seines oft als „mechanistisch“ bezeichneten Konzepts betont (Sutter 1988):

„**Ich stelle mir einmal vor, dass der Körper nichts anderes sei als eine ... Maschine, die Gott gänzlich in der Absicht formt, sie uns so ähnlich wie möglich zu machen, und zwar derart, dass er ihr ... auch in ihr Inneres alle jene Teile legt, die notwendig sind, um sie laufen, essen, atmen, kurz all unsere Funktionen nachahmen zu lassen, von denen man sich vorstellen könnte, dass sie aus der Materie ihren Ursprung nehmen ...**“

Descartes (1632, Hervorhebungen KK)

Der große Erfolg dieser hypothetischen Annahme hat es ihr später ermöglicht, der „**Aufsicht der Polizei des Misstrauens**“ (Nietzsche 1882: 344) zu entkommen und sich aus ursprünglicher Bescheidenheit in die Position eines alleinherrschenden Dogmas aufzuschwingen⁷, aus einem methodischen zu einem ontologischen (substanzialen) Reduktionismus zu wechseln: „**Ziehen wir also den kühnen Schluss, dass der Mensch eine Maschine ist ...**“ (La Mettrie 1748). Ein Schreiben Emil Du Bois-Reymonds, der 1853 die Berliner Physikalische Gesellschaft gründete, verdeutlicht den **ideologischen Charakter** dieser Auffassung: „**Brücke und ich, wir haben uns geschworen, die Wahrheit geltend zu machen, dass im Organismus keine anderen Kräfte wirksam sind, als die gemeinen physikalisch-chemischen**“ (1842).

⁷ „In der Wissenschaft haben die Ueberzeugungen kein Bürgerrecht, so sagt man mit gutem Grunde: erst wenn sie sich entschließen, zur Bescheidenheit einer Hypothese, eines vorläufigen Versuchs-Standpunktes, einer regulativen Fiktion herabzusteigen, darf ihnen der Zutritt und sogar ein gewisser Werth innerhalb des Reichs der Erkenntnis zugestanden werden, – immerhin mit der Beschränkung, unter polizeiliche Aufsicht gestellt zu bleiben, unter die Polizei des Mißtrauens.“ (Nietzsche 1882: 344)

Descartes hatte unseren Organismus durchaus als eine Einheit von Seele und Körper, als ein „(essentielles) Kompositum“ wahrgenommen:

„... dass ich meinem Körper aufs Engste verbunden (arctissime conjunctum) bin und gleichsam mit ihm vermischt (quasi permixtum), so dass ich mit ihm zusammen ein einheitliches Etwas ausmache (adeo ut unum quid cum illo componam).“

6. Meditation (1642/1956: 141 ff.)

Er sah jedoch keine Möglichkeit, das methodische Problem zu lösen, die **Verbindung** („conjunctio“) zu einer **Einheit zu verstehen**:

„... da nach meiner Meinung der menschliche Geist nicht fähig ist, sehr deutlich und zu gleicher Zeit den Unterschied zwischen Seele und Körper und ihrer Vereinigung zu begreifen, weil man sie dazu zugleich als ein einziges Ding und als zwei begreifen muss, was sich widerspricht.“

Brief an Elisabeth vom 28.6. 1643 (1643/1949: 272)

Weithin unbeachtet blieb, dass Descartes selbst schon den Grund dieser Beschränkung erkannte (Mohr 2002):

„... was ich hiernach erklären muss, die Art und Weise, diejenigen (Begriffe) zu begreifen, die der Verbindung der Seele mit dem Körper zukommen [...]. So haben wir, glaube ich, zuvor den **Begriff der Kraft, mit der die Seele auf den Körper wirkt, mit der verwechselt, mit der ein Körper auf den anderen wirkt.**“

Brief an Elisabeth vom 21.5. (1643/1949: 265 f.)

Erst **Charles Peirce** (1839–1914), dem Mitbegründer des philosophischen Pragmatismus, gelang es mit der umfassenden **Begrifflichkeit** seiner **Zeichentheorie**, unsere Vorstellungen von Wirkungszusammenhängen zu erweitern. Das Ensemble möglicher Formen von „Ursachen“ enthält auch weiter physikalisch einwirkende Kräfte („brute force“), die Wirkung von „Zeichen“, und damit von „**semiotischer Kausalität**“, kommt jedoch hinzu.

Um diese umfassendere Konzeption von Kausalität ärztlichem Verstehen zugänglich zu machen, schlug von Uexküll vor, die Theorie des Konstruktivismus und die Semiotik in das biopsychosoziale Modell einzuführen (2003: 20).

Die Zeichentheorie hilft **in der klinischen Arbeit**, zumindest Wechselwirkungen zwischen dem sozialen und dem psychischen Subsystem befriedigender zu konzeptualisieren.

Patientinnengeschichte

Kasuistik 2: Schwindelattacke während Neujahrskonzert

Frau B., eine 66-jährige pensionierte Grundschullehrerin, klagt unter Tränen: Ein ganzes Jahr leide sie schon unter täglich auftretenden „Schwindel“-Attacken. Zehn konsultierte Ärzte hätten weder die Ursache zu klären noch ihr Leiden zu bessern vermocht. Der Neurologe hatte dem Hausarzt als Diagnose zunächst „orthostatische Dysregulation“, später „Verdacht auf

transitorische ischämische Attacken“ mitgeteilt. Hinweise auf Leben und Erleben von Frau B. finden sich in den Berichten nicht.

Frau B.s Beschwerdeschilderung spricht für das Vorliegen eines dissoziativen Schwankschwindels (> Kap. 73). Anamnestisch beeindruckt eine Fülle schwerer psychosozialer Belastungen in Form von sich lebenslang wiederholenden Verlust-, Zurückweisungs- und Kränkungserebnissen.

Bald ergeben sich Hinweise auf einen möglichen Zusammenhang zwischen Belastungen und Schwindelsymptomatik. Die Häufigkeit der „Anfälle“ nimmt im Verlauf der Psychotherapie rasch ab. Zu Beginn der ersten Sitzung nach der Behandlungsunterbrechung zum Jahreswechsel berichtet Frau B., während der Pause sei, für sie „überraschend“ und „unerklärlich“, wieder eine Schwindelattacke aufgetreten. Gemeinsam erarbeiten wir den ihr selbst zunächst „verborgenen“ Hergang: Am Neujahrmorgen allein, sah und hörte Frau B. die Übertragung des traditionellen Festkonzerts der Wiener Philharmoniker. Wer in der Lebenswelt „objektiven Stress“ vermutet, könnte versucht sein, hier keinen Zusammenhang zu vermuten. Wer dagegen Peirce' Semiotik folgt, wird sich dafür interessieren, wie Frau B. die aus dem goldenen Saal des Musikvereins empfangenen „Zeichen“ wahrnahm, zu welchen Gefühlen, Fantasien und Gedanken sie diese Zeichen „weiterentwickelte“, was ihr „in den Sinn“ kam, während sie die Walzer hörte. Das Ergebnis des semiotischen Prozesses („Semiose“) wich von der durchschnittlichen Erwartung und der den Veranstaltern zu unterstellenden Absicht ab: Frau B. erinnerte sich während der Walzermelodien, wie sie sich als 27-Jährige, bald nach dem Scheitern ihrer ersten kurz dauernden Ehe, in Wien in einen 17 Jahre älteren Mann verliebt hatte; sie dachte an ihren Wunsch, diesen Mann zu heiraten, an ihre Hoffnung, mit ihm Kinder zu bekommen, an ihre tiefe Enttäuschung, als er sie zurückwies, an ihre Trennung von ihm – und an das Eintreffen der Mitteilung 1 Jahr später, ihr Freund habe sich erhängt.

Diese Verbindung von Erinnerungen und der Manifestation des Anfalls spricht dafür, die Hypothese einer „semiotischen Kausalität“ weiter zu verfolgen. Auslösend wirksam könnte Frau B.s erinnerungsgeleitete **Interpretation** der vom festlichen Ereignis gesendeten „Zeichen“ gewesen sein, die **subjektive Bedeutung**, die sie diesen Zeichen erteilte. Die Intensität ihrer hierdurch evozierten Gefühle, Vorstellungen, Fantasien und Gedanken könnte bewirkt haben, dass Frau B. die Kohärenz ihres Selbsterlebens gefährdet erlebte und in einen dissoziativen Zustand geriet.

Damit kommen wir zu von Uexkülls **dritter Aufgabenstellung Integrierter Medizin**: zur Forderung nach der (Wieder-)Einführung des Subjekts in die Humanmedizin.

Die Anerkennung des Subjekts

„Der Mensch ist ein Objekt, welches ein Subjekt enthält, und es ist erforderlich, das Subjekt in die Wissenschaft vom Menschen ein-

zuführen oder richtiger, es **anzuerkennen**; denn man braucht nichts einzuführen, was schon enthalten ist.“⁸

von Weizsäcker (1949/1985: 293)

Heute folgt die Anerkennung des Subjekts bereits aus der Einführung der Semiotik und der Theorie des Konstruktivismus in das biopsychosoziale Modell: „Zeichen“ entfalten ihre Wirksamkeit mithilfe von „Interpretanten“. Die Wirkung gleicher Zeichen kann sich je nach „subjektiver“ Interpretation erheblich unterscheiden (vgl. Kasuistik 2).

Die (Wieder-)Einführung des Subjekts in die Medizin wurzelt in zeitgeschichtlichen Entwicklungen: Auf der sozialen und politischen Ebene erkennt der Medizinhistoriker Lain Entralgo einen mit der Französischen Revolution beginnenden „Aufstand des Subjekts“ (1969: 125 ff.). Im erkenntnistheoretischen Diskurs lässt sich die Anerkennung des Subjekts als Versuch auffassen, zwei Hauptströmungen der Moderne miteinander zu versöhnen (Jacobi 2012: 36 ff.): Während die Rationalität der Aufklärung alles Subjektive aus dem Erkenntnisprozess als störend zu entfernen suchte, begannen Philosophie und Literatur der Romantik, unsere subjektive Beteiligung am Wahrnehmungs- und Erkenntnisprozess vermehrt zu reflektieren. Später erkannten Naturwissenschaftler, wie unabdingbar für das Verständnis ihrer Beobachtungen und Experimente u. a. in der Verhaltensbiologie und der Humanphysiologie es ist, die artspezifische Umwelt von Tieren (Jakob von Uexküll) oder die subjektive Wahrnehmung bzw. Interpretation untersuchter Menschen (von Weizsäcker und Mitarbeiter) in die Untersuchung einzubeziehen. Sowohl von Weizsäcker als auch von Uexküll leiten ihre Forderung nach einer Anerkennung des Subjekts in der Medizin aus ihrem nicht reduktionistischen Verständnis aller Lebensprozesse her. Nicht zuletzt trugen, wie schon bei Descartes, auch persönliche Erlebnisse zur Entwicklung dieses erweiterten Ansatzes bei.⁹

Beide, von Weizsäcker (1927/1987: 190 ff.) und von Uexküll, bezogen ihre Forderung nach Einführung des Subjekts in wissenschaftlich fundiertes ärztliches Handeln sowohl auf den Patienten als auch auf den Arzt. Die „Einführung des Subjekts bedeutet auch eine Einführung des Arztes in den Wirkungszusammenhang und die Bildung der Erkenntnisse“ (von Weizsäcker 1935/1986: 327).

⁸ Vgl. von Weizsäcker (1935: 281) und Jacobi (2012)

⁹ Von Weizsäcker hatte „1915 im Felde“, „einen sozusagen inspiratorischen Augenblick erlebt“, in dem sich ihm „gleichsam leiblich denkend“ „die ursprüngliche Ungeschiedenheit von Subjekt und Objekt“ „offenbart“ habe. Mit diesem Erleben sei ihm deutlich geworden, dass die Forderung eines wissenschaftlichen Positivismus, das Subjekt aus der Erkenntnis zu entfernen, zu einer „Verirrung oder Fälschung“ führe. Später habe er erkannt, dass seine experimentellen neurophysiologischen Untersuchungen, u. a. seine Experimente zur Erklärung von Schwindelphänomenen, es erforderlich machten, „die Erlebnisse des Subjekts als integrierend für die Beschreibung des Vorganges“ anzuerkennen (1944/1986: 81–83).

Von Uexküll erzählte von einer Schlüsselerfahrung, die er als Medizinstudent während einer „postinfektösen Psychose“ im Verlauf einer schweren Typhuserkrankung gemacht habe. Damals habe sich der zugezogene Psychiater nicht für seine wahnhaft veränderte „individuelle Wirklichkeit“ oder gar für die Funktion ihrer inhaltlichen Ausgestaltung interessiert, sondern sich später nur erkundigt, ob er noch weiter „an das unverantwortliche Zeug“ glaube, von dem er während dieser Krankheitsphase geredet habe (vgl. Otte 2001: 40 f.).

„Im Rahmen einer ‚Medizin der Subjekte‘ ist der Arzt (als Subjekt) Beobachter von Objekten, die selbst Subjekte, d. h. Beobachter sind, die ihre Umgebung für ihre Probleme und Verhaltensmöglichkeiten in Form gebracht haben.“

von Uexküll und Herrmann (2003: 1358)

Als Ärzte treten wir zum Patienten als einem Subjekt in Beziehung. Gemeinsam mit ihm suchen wir Zugang zu seinem subjektiven Erleben, zu seiner privaten und beruflichen Lebenswelt und zu seiner Geschichte. Wir bemühen uns, ihn in seiner eigenen Aktivität zu unterstützen, Störungen der Integration von physiologischen, psychischen und sozialen Prozessen zu überwinden. Mit der Anerkennung des Subjekts wird Integrierte Medizin zu einer „**Medizin der Subjekte**“, zu einer **Medizin der Beziehung**, zu einer **Medizin der intersubjektiven Verständigung und Kooperation**. „Krankengeschichten“ werden zu „Interaktionsgeschichten“ (E. A. Meyer 1993) oder gemäß dem Motto „Der Patient und ich sind der Fall“ zu „Kasuistiken“¹⁰.

Mit diesem Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung gewann Integrierte Medizin Anschluss an Sigmund Freuds für jede Form von Psychotherapie zentrales Konzept von Übertragung und Gegenübertragung und dessen Weiterentwicklung im Rahmen gegenwärtiger Formen psychodynamischer Psychotherapie (Thomä 2009; Altmeyer und Thomä 2010; > Kap. 13, > Kap. 35 und > Kap. 36).

In der gemeinsamen Arbeit mit Frau B., der Schwindelpatientin, gelang es, Zugang zu negativen Gefühlen zu finden, die sie bisher von ihrem Bewusstsein ferngehalten hatte. Am meisten geholfen habe ihr, meinte sie am Ende der Therapie, dass ihr „*bisher verborgene Vorgänge zugänglich geworden*“ seien, und es ihr so möglich wurde, diese „*in den Griff zu bekommen*“. Hierzu trug bei, dass Frau B. im „*hic et nunc et mecum*“ der therapeutischen Beziehung mit mir die **Erfahrung** machen konnte, dass sich Turbulenzen im seelischen Erleben über kommunikative Verständigung beruhigen lassen: Auch meine Nichtverfügbarkeit während der Feiertage hatte sie irritiert. Das Gespräch darüber, die Verbindung von Hier und Heute zu Dort und Damals (und zu weiteren früheren Erfahrungen) ermöglichte es ihr, danach Enttäuschung, Zorn und Wut differenzierter wahrzunehmen, zu reflektieren, zu äußern und auch in alltäglichen Situationen Formen gegenseitiger Verständigung zu erproben. Die Fixierung ihrer Interpretation aktueller Ereignisse aufgrund früherer negativer Erfahrungen hatte sich gelockert.

Die Krankengeschichte von Frau B. ist ein Beispiel für die große Gruppe von Patienten, die unter **funktionellen körperbezogenen Beschwerden/somatoformen Störungen** leiden. Die Fixierung ärztlichen Handelns an das Selbstverständnis der Medizin als einer angewandten (Natur-)Wissenschaft trägt zur Unter- und Fehlversorgung dieser Patienten bei, begünstigt die Chronifizierung ihrer Leiden und führt zu einer erheblichen Fehlallokation von Mitteln. Der automatisch und unbemerkt erfolgende Ausschluss ergänzender Perspektiven bedingt eine selektive Verblindung bzw. Vertaubung gegenüber Versuchen der Betroffenen, auf andere Aspekte aufmerksam zu machen. Audiografierte Konsultationen belegen, dass die Patienten

selbst regelmäßig auf Probleme auch im psychosozialen Bereich hinweisen, ihre diesbezüglichen Äußerungen jedoch „ungehört“ verhalten, weil die Empfänger sie diagnostisch nicht zu prozessieren vermögen und nur selten empathisch reagieren (Ring et al. 2005). Die Kranken erhalten dann regelmäßig die abschließende Mitteilung: „Wir haben nichts (Erklärendes, Krankhaftes) finden können“ oder kurz: „**Sie haben nichts.**“¹¹ (> Kap. 2, > Kap. 3, > Kap. 68).

Wer sich der Notwendigkeit bewusst ist, sich vom traditionellen Selbstverständnis der Medizin als einer angewandten Wissenschaft zu befreien, wird nach einer neuen Orientierungsmöglichkeit fragen. Sie sollte es ermöglichen, im praktischen Handeln dem einzelnen Individuum in seiner Subjektivität gerecht zu werden und unser Handeln gleichzeitig umfassend am Erkenntnisstand aller Wissenschaftsbereiche evidenzbasiert abzusichern, die für das erweiterte biopsychosoziale Modell relevant sind.

Die Forderung nach „Anerkennung des Subjekts“ impliziert, dass es zum Wesen unserer ärztlichen Arbeit gehört, die Spannung zwischen zwei Bereichen, zwischen Individuellem und Allgemeinem, zu überbrücken: Kranke begegnen uns als Einzelne, wir verpflichten uns einem Individuum. Um die Erkrankung zu klären und geeignete Behandlungsmöglichkeiten zu erarbeiten, müssen wir jedoch von der Möglichkeit Gebrauch machen, Singuläres mit Allgemeinem in Beziehung zu setzen, uns am vorhandenen Wissensstand und an gültigen Gesetzmäßigkeiten zu orientieren.

Damit stellt sich die Frage nach der Position unseres ärztlichen Handelns zur Welt erkenntnisgenerierender und erkenntnisprüfender Wissenschaften.¹²

1.2.2 Medizin ist Handlungswissenschaft

Mit der **Handlungstheorie** haben Wissenschaftstheoretiker und Soziologen ein Konzept entwickelt, das es ermöglicht, uns aus der starren Fixierung unseres Selbstmissverständnisses, Medizin sei eine angewandte Wissenschaft, zu lösen (Raspe 2008, 2013). Wir folgen der Darstellung des Philosophen und Arztes Wolfgang Wieland (1933–2015). Er verweist zunächst auf die alte Unterscheidung zwischen „*theoretischen*“ und „*praktischen Wissenschaften*“ (1975/2004, 2001, 1993/2014, vgl. auch Forrester 1996).

Schon Aristoteles unterschied zwischen *techne* (Kunst) und *episteme* (Wissenschaft). Den Wissenschaftler kennzeichnete er als Theoretiker: Er befasse sich nicht mit singulären Dingen oder Ereignissen, sondern mit dem Universellen, mit gültigen Regeln und Gesetzen, die er weder verändern wolle noch könne. Wissen

¹⁰ „Kasuistik“ als Titel für klinische Beispiele entspricht der Auffassung, dass für den Verlauf von Diagnostik und Therapie Interaktionsprozesse zwischen Arzt und Patient von wesentlicher Bedeutung sind (Kächele 1993; Meyer 1993).

¹¹ Der Verbesserung der Versorgung der jährlich etwa 8 Millionen in Deutschland Betroffenen gilt u. a. die Arbeit des Hamburger „Netzwerkes Somatoforme Störungen (sofu-Net)“ im „Netz psychische Gesundheit (psychnet.de)“.

¹² Von Uexkülls und Wesiacks Forderung, (nach dem Vorbild der Physik) ein eigenständiges Grundlagenfach „Theoretische Medizin“ zu gründen (1998: 3), verspricht ebenso wenig eine Lösung wie die Wiedereinführung eines Philosophikums in das Medizinstudium.

suche er um seiner selbst willen. „Kunst“ bezeichnete dagegen damals Formen der Praxis – vom Handwerk bis zur Regierungs- und Kriegskunst. Auch die Medizin als Kunst des Arztes gehöre in diesen Bereich. Der in solcher Praxis Tätige sei darauf fokussiert, Produkte herzustellen oder zu verändern. Sein Interesse und seine Aktivität gelten dem Einzelnen und Individuellen. Die Ergebnisse der Wissenschaft könne er nutzen, um seine Aufgaben zu erfüllen (Wieland 1993/2014: 104–105).

In dieser Tradition unterscheidet die Wissenschaftstheorie auch heute **theoretische von praktischen Wissenschaften**. Letztere bezeichnet sie als „**Handlungswissenschaften**“. Zu diesen gehören u. a. die Medizin und die Jurisprudenz.

Theoretische Wissenschaften richten sich primär am Erkenntnisprozess aus. Ihr Interesse gilt dem Allgemeinen, der Entdeckung und Prüfung von Regel- und Gesetzmäßigkeiten, der Entwicklung von Theorien. In ihrer Welt dominiert unsere Fähigkeit, rational zu denken.

Aus ärztlicher Sicht ist am methodischen Vorgehen in der Naturwissenschaft zu bedenken, dass die Untersuchung, insbesondere im Experiment, es oft erfordert, das zu untersuchende Objekt aus seinem Kontext herauszulösen, aus seinem gestalthaften Zusammenhang zu desintegrieren. Francis Bacon, einer der Begründer moderner Wissenschaft, beschreibt im *Novum organon scientiarum* eindrucksvoll den Charakter einer solchen „*Exclusion*“, die logisch-induktiver Arbeit vorausgeht:

„Daher müssen wir die Natur vorläufig auflösen und zersplittern, nicht durch Kohlenfeuer, sondern das göttliche Feuer des Geistes. Das erste Geschäft der Induction, um die Formen zu verstehen, ist das Abstrahieren von Einzelheiten, welche nicht mit dem Wesen der Sache zusammenhängen.“

Bacon (1620/1981: 127–128)

Handlungswissenschaften haben dagegen nicht primär das Ziel, Erkenntnisse über unsere natürliche oder soziale Wirklichkeit zu mehrten. Ihre Aufgabe ist die Begründung von Handlungen. Sie sollen uns ermöglichen, in der gegebenen Wirklichkeit im Einzelnen vernünftig, an Prinzipien orientiert, zu urteilen und zu handeln. Zu urteilen und zu entscheiden erlaubt uns ein von rationalem Denken unterschiedenes, von Kant „**Urteilkraft**“ genanntes „**Vermögen**“. Urteilkraft befasst sich nicht mit dem Allgemeinen, sondern mit dem Singulären, dem Einzelfall (Wieland 1975/2004). Urteilkraft bezeichnet ein „*Mittelglied der Verknüpfung und des Überganges*“ zwischen Theorie und Praxis, einen Teil unseres „Denkungsvermögens“: das „*Vermögen, das Besondere unter das Allgemeine zu subsumieren*“ und „*umgekehrt, zu dem Besonderen das Allgemeine zu finden*“ (Kant 1790/1983, V: 179, 186).

„Zu dem Verstandesbegriffe, welcher die Regel enthält, muß ein Actus der Urteilkraft hinzukommen, wodurch der Praktiker unterscheidet, ob etwas der Fall der Regel sei oder nicht; ...es [kann] Theoretiker geben, die in ihrem Leben nie praktisch werden können, weil es ihnen an Urteilkraft fehlt: z. B. Ärzte ..., die ihre Schule gut gemacht haben, die aber, wenn sie ein Consilium zu geben haben, nicht wissen, wie sie sich benehmen sollen.“

Kant (1793/1983, VI: 127)

Kant geht es darum, Empfindungen und Gefühle für die Orientierung und Bewertung *in Verbindung* mit dem wissenschaftsorientierten Verstand nutzen zu können. Nachdrücklich wendet er sich gegen ein „*Herumtappen in Versuchen und Erfahrung*“ ohne Bezug zu Prinzipien:

„Es kann also niemand sich für praktisch bewandert in einer Wissenschaft ausgeben, und doch die Theorie verachten, ohne sich bloß zu geben, daß er in seinem Fache ein Ignorant sei.“

Kant (VI: 128; vgl. auch Wieland 2001)

Medizin hat ärztliches Handeln nicht nur zum Gegenstand, Medizin **realisiert sich im Handeln** (Wieland 1975/2004: 84). Patienten suchen uns Ärzte als Einzelne wegen lebensweltlicher Probleme auf, die sie selbst nicht zu lösen vermögen. Sie stellen uns die Aufgabe, diese Probleme auf Sachwissen gegründet zu klären und zu bewerten, Lösungsansätze zu entwickeln und umzusetzen.

Mit der Auffassung von Medizin als einer Handlungswissenschaft verändern wir unser **Verhältnis zu den theoretischen Wissenschaften**. Wir lösen uns aus der Fixierung an ihre Perspektive, kehren das bisherige Verhältnis um, stellen diese Wissenschaften in den Dienst unseres Handelns: Wir bedienen uns ihrer Konzepte, Methoden und Ergebnisse, um unser diagnostisches und therapeutisches Handeln zu sichern. Sie bleiben für uns bedeutsam, ja, mit der Erweiterung unseres Verständnisansatzes von einem biotechnischen zu einem biopsychosozialen Modell vergrößert sich das Spektrum der für unser Handeln relevanten theoretischen Wissenschaften (vgl. > Kap. 1.3; Wieland 1975/2004, 2001, 1993/2014). Unsere **Freiheit**, zusätzliche Konzepte zu erproben und unserer ärztlichen Aufgabe gerecht zu werden, wächst. „*Our allegiance is to our patients – not to our models*“ (Lewis 2014).

In seiner Analyse des für die Medizin zentralen Begriffs „**Diagnose**“ verdeutlicht Wieland den Gewinn, den unsere Praxis aus der Differenzierung zwischen theoretischen Wissenschaften und Handlungswissenschaften zieht (1975/2004): „*Diagnose*“ ist schon von Haus aus **ein auf Handeln bezogener Begriff**. Ziel des „*Diagnostizierens*“ ist es nicht, Sachverhalte zu erkennen. „*Diagnose*“ ist vielmehr immer schon auf Handlung hin konzipiert. Diagnostizieren dient unserem ärztlichen Handeln, ermöglicht und legitimiert es.

Das Erstellen einer Diagnose als Teil der Fallarbeit führt zu einer singulären, nicht zu einer universellen, verallgemeinerungsfähigen Aussage: Es erlaubt, einzelne Patienten bzw. ihre Erkrankung einer **Krankheitseinheit und Indikationsstellung** und damit einer **Therapieleitlinie** zuzuordnen.

Diagnosen helfen uns, die Spannung zwischen Individuellem und Generellem zu überbrücken, indem sie zwischen kategorial Heterogenem vermitteln: Eine Diagnose subsumiert Einzelnes unter ein Krankheitsbild als ein begrifflich Verallgemeinertes. So entscheidet sie mit über das therapeutische Vorgehen. In diesem Sinne sprach auch von Uexküll in der klinischen Arbeit von Diagnosen oft als „*Handlungsanweisungen*“.

Wielands Analyse trägt auch zur Diskussion um die „**verlorene Kunst des Heilens**“ (vgl. Lown 1996/2002) klärend bei. Wenn auch oft nostalgisch-verklärend, macht sie darauf aufmerksam, dass wir als Ärzte in einem Spannungsfeld zwischen Handlungs- und theoretischer Wissenschaft arbeiten. Schon der römische Arzt Aulus Cornelius Celsus (ca. 25–50 n. Chr.) hat die Bedeutung von Einschätzungs-/Beurteilungsverfahren für die Medizin hervorgehoben und die mit diesem „**Abwägen**“ verbundene Unsicherheit betont: „*Medicina est ars coniecturalis.*“

Wer die Autorität des Internisten Bernhard Naunyn (1901, 1905) bemüht, um die Wissenschaftlichkeit der Medizin und die damit erwartete Sicherheit zu beschwören („*Medizin wird Wissenschaft sein oder sie wird nicht sein*“), sollte wissen, dass es Naunyn bei dieser Äußerung darum ging, für die Entwicklung von Therapieverfahren zu fordern, auch sie solle sich endlich an der wissenschaftlichen Entwicklung orientieren. Für die Praxis der Medizin hatte er dagegen geäußert:

„*Eine Naturwissenschaft ... ist sie ... nicht geworden und wird sie auch schwerlich jemals werden. Denn jede Wissenschaft steckt sich ihre Grenzen nach ihrem Können! Und dahin kann es die Medizin nicht bringen – dazu sitzt ihr die Humanität zu tief im Blute.*“

Der Kardiologe Bernard Lown schlägt schon im Titel seines Buches *Practicing the Art while Mastering the Science* (2000) vor, beide Ansätze zusammen zu nutzen; er überlässt es jedoch uns, das Verhältnis beider Ansätze in der Praxis neu zu organisieren.

Sozial- und Sprachwissenschaftler haben inzwischen begonnen, den **prozesshaften Verlauf professionellen Handelns** in Berufsfeldern wie der Medizin und der Jurisprudenz empirisch zu untersuchen. Beide Berufe haben die Aufgabe, Probleme zu lösen, für die professionelle Hilfe gesucht wird, weil sie im Alltag nicht mehr lösbar erscheinen. Unsere Aufgabe ist es, den Einzelfall so zu bearbeiten, dass für ihn auch das verfügbare spezialisierte Wissen fruchtbar gemacht werden kann. In der Entwicklung des **Einzelfalls** wenden wir in unserer Berufsroutine **Formierungspraktiken** an, die wir nicht bewusst reflektieren.¹³

1.2.3 Ärztliches Handeln als Fallarbeit (Kasuistik)

In der Literaturwissenschaft bezeichnet „Fall“ (Kasus) eine spezifische **Darstellungsform**, ein „*komprimiertes Narrativ*“ (Ginzburg 2007:

29 f.), dem in **Abwägungs- und Entscheidungsprozessen** eine zentrale Funktion zukommt:

„*Das Eigentümliche der Form Kasus liegt ... darin, dass sie zwar die Frage stellt, aber die Antwort nicht geben kann, dass sie uns die Pflicht der Entscheidung auferlegt, aber die Entscheidung selbst nicht enthält – was sich in ihr verwirklicht, ist das Wägen, aber nicht das Resultat des Wägens.*“

Jolles (1930/2006: 191)

Die Bildung eines Falls hilft uns, aus heterogenen Elementen wie Mitteilungen, Beobachtungen, Untersuchungsdaten eine geordnete, **kohärente Einheit**, eine identifizierbare **Gestalt** zu bilden. Die Prozedur der Fallbildung ermöglicht uns, Singuläres in Beziehung zu setzen zu unserem professionellen Wissen, zu gesetzmäßig oder regelhaft Gesichertem. „*Denken in Fällen*“ (Forrester 1996) entlastet uns von Unsicherheit.

Fallarbeit wird als ein **Prozess** von Auswahl-, Bewertungs-, Beurteilungs- und Entscheidungsschritten beschrieben. Schon wenn uns ein Leidender konsultiert, beginnen wir, sein Gesundheitsproblem zu bewerten. Fällt sein Leiden in den Bereich unserer professionellen Kompetenz, ist er ein „Fall“ für uns, kann er zu unserem „Patienten“ werden. Die Auswertung direkt beobachteter oder aufgezeichneter Konsultationen erlaubt eine Differenzierung dieses Prozesses in **Abschnitte**:

- In einem ersten **explorativen Abschnitt** („Her-Richten“) generieren und sammeln wir mit professioneller Methodik Wissen über die vorliegende Gesundheitsstörung.
- In einem zweiten stärker **bewertenden Abschnitt** („Zu-Richten“) sortieren und strukturieren wir das vorher nur agglomerierte Wissen.

Während dieser Prozeduren orientieren wir uns immer wieder zyklisch an uns **leitenden Modellvorstellungen** und **am Stand gesicherten Wissens**:

- An welcher Konzeption des Organismus orientieren wir uns?
- Auf welchen Teilbereich des Gesamtsystems fokussieren wir unsere Betrachtung?

Bezogen auf den Wissensstand beurteilen wir, welche Teile des explorierten Wissens für die Bildung der Fallgestalt relevant scheinen (vgl. Bergmann 2014a: 27–30).

Die Wahl des Systemausschnitts, die Bewertungen und Entscheidungen werden meist kaum **reflektiert**; sie verlaufen automatisiert, sind Routine. Wir prüfen das gewonnene Wissen auf die Möglichkeit hin, es unter allgemeine Regeln subsumieren und daraus wiederum Konsequenzen für das weitere Vorgehen ableiten zu können. Dabei selektieren wir Teile des angebotenen und von uns gesammelten Wissens. Diese **Prüfung** können wir in mehreren Zyklen wiederholen, bis wir den Fall schließen. Ergeben sich Zweifel oder neue Gesichtspunkte, können wir den Fall erneut öffnen.

Traditionelle Fallarbeit

Herr A., der trauernde Diabetiker, hatte die Prozeduren der Fallarbeit mehrfach „durchlaufen“ (> Abb. 1.1). Das für die Beurteilung seiner Gesundheitsstörung erforderliche Wissen war jedoch jedes

¹³ Vor allem im Pflegebereich und in der Physiotherapie folgt Clinical Reasoning einem ähnlichen Ansatz (Higgs et al. 2008; Klemme und Siegmann 2015). Auch in diesem Konzept ist es Ziel, dem einzelnen Patienten in seiner Individualität gerecht zu werden. Die professionell Tätigen sollen sich der Lösung des Problems in einem spiralförmigen Prozess widmen, in dessen Verlauf sie ihr Handeln an dem zur Verfügung stehenden gesicherten Wissen orientieren und ihr Vorgehen (metakognitiv) reflektieren: „*Clinical reasoning is a dynamic, cyclic, reiterative process in which observation, analysis, synthesis, deduction, hypothesis generation, hypothesis testing, inquiry-strategy design, and the skills of examination are all interrelated*“ (Barrows und Pickel 1991: 125, zit. nach Klemme und Siegmann 2015).

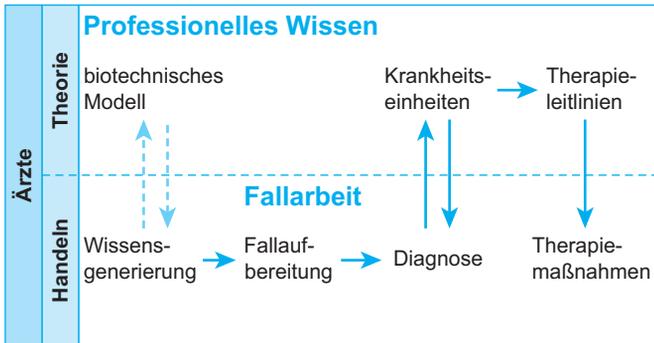


Abb. 1.1 Fallarbeit [L231]

Mal **allein** in der auf die **Stoffwechselstörung** ausgerichteten Perspektive erhoben worden. Auch der gegenwärtige Stationsarzt beschränkte seine Betrachtung ausdrücklich und konsequent auf diesen **Ausschnitt des Gesamtsystems**. Angaben des Patienten zu seiner Lebenssituation und dem Erleben seiner psychischen Destabilisierung ließ er bei der Fallbildung unberücksichtigt; epistemologisch gesehen wurden sie zu „Abfall“ (Bergmann 2014b: 430 ff.).

In einer Integrierten Medizin werden die Anforderungen an ärztliche Fallarbeit komplexer (vgl. Frommer 2014; Gülich 2014).

Fallarbeit in integrierter Medizin

Integrative Medizin verlangt, jeden Patienten als autonomes Subjekt anzuerkennen, seine individuelle Wirklichkeit, sein Erleben, seine sozialen Beziehungen und seine Geschichte bei der Klärung seiner Erkrankung und der Wahl therapeutischer Möglichkeiten zu berücksichtigen. Diese Forderung lässt sich nur im Verlauf eines **auf Verständigung und Kooperation ausgerichteten kommunikativen ärztlichen Handelns** erfüllen (➤ Abb. 1.2). Die aktive Mitwirkung des Patienten an der Fallarbeit ist unerlässlich.

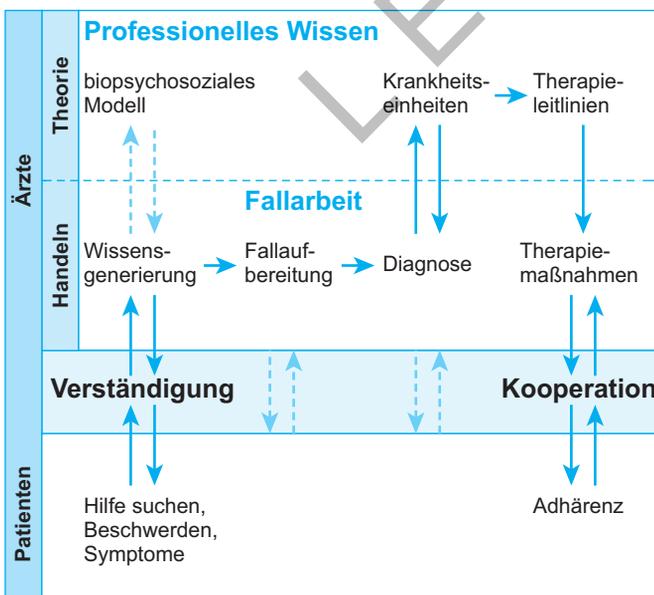


Abb. 1.2 Fallarbeit als Praxis Integrierter Medizin [L231]

Schon der Philosoph Platon hat im Dialog Charmides auf die synergistische Wirkung einer Verbindung pharmakologischer Therapie mit „*gewissen Besprechungen*“, mit „*schönen Reden*“ hingewiesen, die der Seele „*Besonnenheit*“ vermitteln. Heute können wir hilfreiches kommunikatives Handeln an erneuerter philosophischer Grundlegung (Habermas 1981), an den Befunden sozial- und naturwissenschaftlicher Forschung und an differenziert für die Praxis ausgearbeiteten Anleitungen orientieren.

Mit Ludwig Feuerbach (1843) verließen **Epistemologie** und **philosophische Anthropologie** Descartes' strikt auf das isolierte Individuum zentrierte Position. Auf der Basis einer längeren Vorgeschichte (Buber 1957; Jacobi 2012) stellten Martin Buber (1923), Karl Löwith (1928/1969) und Michael Theunissen (1977) die mitmenschliche **Begegnung**, die unsere personale Existenz begründende Ich-Du-Beziehung, in den Mittelpunkt ihrer Arbeit (s. auch Habermas 2013). Axel Honneth wies nachdrücklich auf unser grundlegendes Bedürfnis nach interpersoneller Anerkennung hin (1998, 2005). Martin Heidegger (1927/1957) beschäftigte insbesondere unsere Verpflichtung, für andere zu sorgen, Emanuel Lévinas unsere große seelische Verletzbarkeit (1980/2003, 1999, 1978/1998) und Maurice Merleau-Ponty (1945/1966) unsere Sensibilität dafür, vom Leid anderer auch körperlich „berührt“ zu werden.

Die **evolutionäre Anthropologie** fand empirisch, dass die **Fähigkeit, gestisch und sprachlich vermittelt zu kooperieren**, unsere Sonderstellung unter höheren Primaten begründet (Tomasello 2008, 2009, 2014).

Der finnische Phänomenologe Raimo Tuomela (2007) beschreibt zwei sich ergänzende menschliche Funktionsmodi, den „*I-modus*“ und den „*we-modus*“, der uns eine gemeinsame Ausrichtung von Betrachtung, Empathie und Kooperation ermöglicht, der Entwicklungspsychologe Robert Emde (2009, 2011) spricht von „*ego*“ und „*we-go*“.

Human Social Genomics untersucht, wie soziale Systeme die Expression für die Regulation physiologischer Funktionen relevanter Gene mitsteuern (Cole 2014).

Die **Entwicklungsbiologie** zeigt, wie sehr Kinder auch nach ihrer Geburt noch auf die Unterstützung der Entwicklung ihrer biologischen Regulationsvorgänge durch ihre Bezugsperson angewiesen sind (Hofer 2014). **Neurowissenschaftler** bezeichnen das Gehirn als „*Beziehungsorgan*“ (Fuchs 2012) und betonen die Abhängigkeit auch der kindlichen Hirnentwicklung von der Qualität früher Beziehungen (Roth und Strüber 2015).

Aus der **Entwicklungspsychologie** sei hier das Konzept des Norwegers Stein Bråten (2009, 2011, 2013) zur Beziehungsaufnahme postpartal erwähnt. Er schließt aus vielen empirisch gewonnenen Befunden, dass der Mensch beziehungsbereit, in Erwartung eines Beziehungsangebots, auf einen „*virtuellen Anderen*“ ausgerichtet auf die Welt kommt (Bindung ➤ Kap. 12 und Frühe Entwicklung ➤ Kap. 18).

Aus der mehr als 100-jährigen Entwicklung der theoretischen Grundlagen **psychotherapeutischer Konzepte** und ihrer systematischen Aufbereitung seither stehen **relationale, intersubjektiv orientierte Ansätze** zur Verfügung (➤ Kap. 13, ➤ Kap. 35 und ➤ Kap. 36, Altmeyer und Thomä 2010).

Für die **Konzeption klinischer Fallarbeit** ist **Kooperation** im Sinne des **Pragmatismus** von Charles Peirce von großer Bedeutung: In scharfer Abgrenzung gegenüber Descartes wies er nachdrücklich auf die grundlegende Bedeutung gemeinsamen Bemühens, auf die Bedeutung fortgesetzten interpersonellen Austauschs in einer „community of inquiry“ für die Erarbeitung und Sicherung von Erkenntnis hin (Liszka 1996, 2013).

1.3 Fallarbeit im Verlauf

1.3.1 Fall öffnen – kooperative Beziehung aufbauen – Wissen generieren

Kranke suchen beim Arzt Hilfe für Beschwerden. Der erste Abschnitt der Fallarbeit dient dazu, die Aufnahme einer „hilfreichen Beziehung“ zu erleichtern und Wissen über den Kranken und sein Leiden zu generieren. Es lohnt, sich etwas Zeit zu nehmen und Patienten Raum für eine Selbstdarstellung anzubieten, um beobachten zu können, wie sie die Beziehung zu uns aufnehmen und wie wir ihr Verhalten „beantworten“.

Die **Aufnahme einer hilfreichen Beziehung** legt den Grund für die weitere Zusammenarbeit. Krankheit schwächt und verunsichert. Beides aktiviert unser **Bindungssystem**. Wir suchen nach Schutz und Hilfe bei Sicherheit bietenden Personen. Wenn dies Patienten gelingt, fällt es ihnen leichter, sich an der Exploration durch den Arzt zu beteiligen, mit ihm **gemeinsam** Wissen zu generieren. Negative Erfahrungen in frühen Beziehungen können zur Entwicklung ambivalenter oder unsicher vermeidender „Bindungsmuster“ beigetragen haben und die Aufnahme einer vertrauensvollen Beziehung auch beim Arzt erschweren (> Kap. 12).

Ein **Beispiel aus der Praxis einer Hausärztin** soll veranschaulichen, wie sehr Patienten zu Beginn einer ersten Konsultation prüfen, ob sie uns Vertrauen entgegenbringen können. Das Gespräch dauerte 7 Minuten und wurde im Rahmen eines Fortbildungsprojekts videografiert. Wir betrachten das Gespräch in einer **Doppelperspektive**: Um neben der interpersonellen Interaktion intrapsychische Prozesse der beiden Beteiligten und ihren **intersubjektiven Austausch** zu rekonstruieren, spielten wir ihnen in getrennten Sitzungen die Aufnahme abschnittsweise vor und baten sie, sich – soweit möglich – zu erinnern, was ihnen jeweils durch den „Kopf gegangen“ war („stimulated recall“, vgl. Obliers et al. 1993). Die Transkripte sind der leichteren Lesbarkeit wegen geglättet.

Patientinnengeschichte

Kasuistik 3: Beginn einer Konsultation

„Wenn mich einer so offen in die Augen guckt ...“

Die Hausärztin führt die eher kleine, adipöse 58-jährige Frau C. zusammen mit der sie begleitenden 5-jährigen Enkelin vom Wartezimmer ins Sprechzimmer. Sie bittet beide, sich zu setzen.

Dr. R.: So, jetzt bin ich bei Ihnen.

Frau C.: Dat geht um Zucker bei mir, ... und um de Nieren.

Vor 2 Jahren sei bei ihr eine Zuckerkrankheit diagnostiziert worden, seit 1 Jahr sei sie nicht mehr bei ihrem bisherigen Arzt gewesen. Die Färbung der Urinstreifen und eine Zunahme der Urinausscheidung habe sie auf eine Verschlechterung ihrer Erkrankung aufmerksam werden lassen. Zusätzlich leide sie jetzt an Rückenschmerzen; sie scheint eine Schädigung der Nieren als Folge der Diabeteserkrankung zu befürchten.

Zur Biografie erfährt Frau Dr. R., dass Frau C. aus Pommern stammt, mit 10 Geschwistern aufgewachsen ist und bei Kriegsende, 6-jährig, auf der Flucht in den Westen für längere Zeit von ihrer Mutter getrennt war und Schreckliches erlebt hat. Stolz berichtet Frau C., acht eigene Kinder großgezogen zu haben. Obwohl sie sich von ihrem alkoholkranken und gewalttätigen Mann trennen und dessen erhebliche Schulden habe abarbeiten müssen, sei es ihr gelungen, allen Kindern eine abgeschlossene Ausbildung zu ermöglichen.

Wir haben **Studierende der Medizin** nach Vorführung der Videoaufnahme des 7-minütigen Gesprächs gebeten, den weiteren **Verlauf der Konsultation zu prognostizieren**. Zwei Drittel der Studierenden hielten es für unwahrscheinlich, dass es Frau Dr. R. gelingen würde, eine erfolgreiche Arbeitsbeziehung mit Frau C. aufzubauen. Zur Begründung ihrer Einschätzung verwiesen sie u. a. auf Frau C.s bisheriges Krankheitsverhalten, ihre Ablehnung, ein „Diabetesbuch“ zu führen, und ihre Zuordnung der Rückenschmerzen.

Patientinnengeschichte

Kasuistik 3: Beziehungsaufnahme im Rückblick: Patientin¹⁴

Das **Beziehungsverhalten** der Ärztin beschäftigte Frau C. weit intensiver, als von außen erkennbar war. Sie prüfte vor allem, ob sie Vertrauen zu Frau Dr. R gewinnen könne. Dabei sei für sie bedeutsam gewesen, wie die Ärztin mit ihr Blickkontakt aufnahm und mit ihr sprach.

Frau C.: Ja, ... sie guckte einen in die **Augen**. Und nich' dat se wegguckte. Als Patient is dat für mich ne **Vertrauenssache, wenn mich einer so offen in den Augen guckt**: Die is' ganz jetzt darauf, wat du sagst und wat du vielleicht hast ... Dat is' für mich sehr wichtig.

Interviewer: Was würden Sie denken, wenn ein Arzt oder 'ne Ärztin nich' in die Augen guckt ...

Frau C.: De würde überhaupt nicht, dat würde genau wie Schema F ablaufen. Un' dat hat sie jetzt eben nich' gemacht. Sie tat sich richtig mit einem befassen, tat einen schön angucken und alles, und sie sprach auch, ich fand dat ganz toll.

Ihr bisheriger Arzt habe sich nur für die Kontrolle ihres Essverhaltens interessiert. („*Das wusste ich ja selbst.*“) Für sie als Person habe er sich nicht interessiert.

Frau C.: Also dat is' für mich Ende, ich bin da nich' mehr hingegangen. Ich bin jetzt über 'en Jahr nich' mehr beim Arzt gewesen.

Vor Arztbesuchen fühle sie sich unsicher, beunruhigt.

Frau C.: Aber hier hab' ich dat nich' gehabt. Dat is' so, als wenn ich hier reingekommen, als wenn ich hier schon Jahr und Tag reingekommen bin, ne. Also, ich hatte eben, in diesem Moment, ganz kurz gesagt, keine Hemmungen.

Gut getan habe ihr auch, dass die Ärztin sie nicht kontrollierend bedrängt habe („*nicht schon wieder mit dem Buch ankommt*“).

Frau C.: Für mich war dat also, ganz ehrlich gesagt, ich hab' ein richtiges Vertrauen gehabt, **als wenn ich zu meiner Mutter gesprochen hätte.**

Beziehungsaufnahme im Rückblick: Ärztin

Frau Dr. R. nennt zu Beginn der Fallarbeit zwei Ziele. Parallel zu einer ersten **Orientierung über Determinanten der Krankheit** (Essverhalten, Adipositas, Bluthochdruck, Ursachen der Rückenbeschwerden, Diät und Medikamente) habe sie vor allem beschäftigt, ob es ihr gelingen könne, mit Frau C. eine tragfähige **kooperative Arbeitsbeziehung** aufzubauen.

Frau C. habe sie interessiert. Als Einzelkind habe sie Interesse an großen Familien. Vor Kurzem habe sie eine familientherapeutische Fortbildung begonnen. Frau C.s Lebensleistung imponiere ihr, sie habe so vieles erfolgreich bewältigt. Für den Umgang mit ihrem Diabetes besitze sie offenbar ausreichend Grundkenntnisse. Die Kritik am bisherigen Arzt habe sie nicht irritiert, sie könne diese Kritik „*mit ein wenig Schadenfreude*“ nachvollziehen.

Interviewer: Als die Patientin reinkam?

Dr. R.: Da versuch' ich eigentlich möglichst wenig zu denken [lacht], sondern lass' erst mal ... wirken. Da mach' ich noch nich' viel.

Ihr sei aufgefallen, dass die Patientin versuchte, „*schon 'n bisschen Nähe*“ herzustellen, als sie positive Erfahrungen Verwandter in der Praxis erwähnte. Wichtig sei ihr gewesen, wie sie mit ihren Lebensproblemen umgegangen ist.

Dr. R.: Was kann ich von ihr erwarten, wie weit wird sie mitmachen?

Hinzu sei ihr **erster Eindruck** gekommen:

Dr. R.: Der war eigentlich: **'n sympathischer Pummel.** [mit Wärme in der Stimme]

Die weitere Entwicklung ihrer **Urteilsbildung** schildert sie als inneren „*Kampf*“ vor der Entscheidung, sich auf eine intensive **Beziehung** mit Frau C. einzulassen oder nicht.

Dr. R.: Da kam es dann so, dass ich mit mir am **Kämpfen** war, wie forsch geh' ich an sie ran? ... Das sind so die Phasen, wo ich denke: „Wie sehr hängste dich dahinter?“, oder sagste einfach: „Och, das hat doch keinen Zweck“, und dann denk ich: „Ne, bleib dran!“ Das gehörte so in diesen Prozess, das is ja was so langsam entsteht, ich weiß es ja nicht plötzlich, dass dann langsam so'n Gebäude entsteht, wo ich denke, gut, dem kann ich so und so viel zutrauen, und ich guck' mal, was der dann draus macht. Das is also sicher eher was, was über diesen Verlauf sich aufbaut. Nich' schlagartig, also, es is' selten, dass ich so schlagartig denke: „Jetzt, hier muss es gehen.“

Der Umgang mit den Lebensproblemen hat sie beeindruckt ...

Dr. R.: Ja, ich denke, wer bei jedem kleinen Problem wegläuft, der lässt sich jetzt drei Mal 'nen Zucker machen, dann is' der auch weg. Da kann ich zwar irgendwo auch versuchen, dem zu erklären, dass Zucker gefährlich sein kann, werd' ich auch aus irgend 'ner inneren Verpflichtung heraus tun, aber bin natürlich wesentlich weniger überzeugt, dass das Erfolg hat.

... und die Entwicklung der Beziehung im **verbalen** Bereich ...

Dr. R.: Also, ich wäre sicher in Zweifel gekommen, wenn diese Interaktionen sich nicht so gut entwickelt hätten. Ich hatte für mich das Gefühl, sie versteht, was ich wissen will und was mein Anliegen ist. Das spürt mer irgendwie so, ne.

... und eine **weitere Quelle?**

Dr. R.: Ja, is' mir auch ein Indiz ... ja, also ich hatte bei ihr weder Bauchschmerzen noch sonstige Muskelverspannungen noch sonst irgendwas gemerkt, ne. ... Es ging sehr gut. Ich wurde auch nich' unruhig oder so... Ja, bei manchen, wo die Dinge einfach nicht gut laufen, dann krieg' ich dann entweder hier schon mal so'n Drücken im Bauch oder irgendwas oder, ja irgendwie fühle ich mich dann nich' so okay, ne.

Auch die Frage, ob sie sich durch die Patientin zu sehr **emotional belastet** fühle, habe sie geprüft. Sie imponiere ihr als eine Person, die „ihre Sachen selbst regelt“, die „handfest“ ist, „sich nicht unterkriegen lässt“. Damit erscheine ihr die Beziehung zu ihr „gefährlos“: „Die Wahrscheinlichkeit, dass sie klammert [wie Abhängige], ist gering“, auf sie könne man sich „beruhigt“ einlassen.

Frau C. kam nach der Erstuntersuchung regelmäßig in Dr. R.s Praxis. Innerhalb weniger Wochen gelang es, den Diabetes befriedigend einzustellen.

¹⁴ Die Interviews mit der Patientin und der Ärztin führten Dr. med. Hella Poll und Prof. Dr. phil. Rainer Obliers.

Die Wissensgenerierung beginnt gemeinsam als interaktive Leistung (Bergmann und Quasthoff 2010; vgl. Koerfer et al. 2010; > Kap. 26).

Patienten möchten sich an der Generierung von Wissen **beteiligen**. Während wir Wissen generieren, insbesondere während der körperlichen Untersuchung, dominieren wir Ärzte die Beziehung zum Patienten. Diese funktional begründete Asymmetrie wird im Verlauf oft unnötig dysfunktional: Patienten vermissen während dieses Vorgehens oft die Möglichkeit, sich aktiv zu beteiligen, ihre individuellen Wahrnehmungen und Befürchtungen, ihr subjektives Erleben, ihre eigenen Vorstellungen über die Erkrankung einbringen zu können. Ihr Wunsch, sich zu beteiligen, entspricht ihrem Bedürfnis, dem Erleben passiven Ausgeliefertseins an den Krankheitsprozess und ihrer Abhängigkeit vom Arzt entgegenzuwirken. Als Illustration soll hierzu ein Abschnitt aus der Autobiografie der Publizistin Carola Stern (2001) dienen.

Patientinnengeschichte

Kasuistik 4: „Das Außergewöhnliche für mich ist das Alltägliche für ihn“

Eines Morgens erwacht sie mit Beschwerden, die sich von ihr bekannten Befindensstörungen unterscheiden:

„Vom linken Rückenende zieht ein starker Schmerz das Bein hinunter bis in die Fußsohle hinein. Ich beschließe, einen Orthopäden aufzusuchen. Ungleich schneller als die Schmerzen bin ich mein Selbstbewusstsein los. Das Außergewöhnliche für mich ist das Alltägliche für ihn. Zaghafte versuche ich, Kontakt zu finden, will Erfahrung geltend machen: ‚Ich glaube, es ist der Ischiasnerv.‘

„Was Sie glauben, interessiert mich nicht“, sagt er. Seine Arroganz ist mit Ungeduld vermischt. Er fragt, und ich soll Antwort geben; kurz, präzise bitte. Als Routinefall hänge ich an den Schnüren seiner Fünf-Minuten-Medizin. Zuwendung – kennt er das Wort? Was würde er empfinden, wäre er selbst Patient? Seine Diagnose ist mir unverständlich, nach Erläuterungen wage ich nicht zu fragen. Seine Therapie ist mir verständlich: Die Helferin wird mich an einen Apparat anschließen ... Könnte ich mich doch amüsieren oder richtig zornig werden! Weinend gehe ich nach Hause.“

Stern (2001: 296)

1.3.2 Fall aufbereiten – Diagnose stellen

Wieland hat die zentrale Stellung des Diagnostizierens in der ärztlichen Fallarbeit und die Funktion dieser Prozedur beschrieben: Individuelles mit Generellem zu verbinden, um zu einer gesicherten Handlungsanweisung zu kommen.

In einer **Integrierten Medizin** wird auch dieses Vorgehen **komplexer**. Jetzt gilt es, auch Störungen im psychischen und im sozialen Subsystem, in der Beziehung zwischen beiden sowie Wechselwirkungen mit somatischen Abläufen zu berücksichtigen. Dabei haben wir für die Klassifikation zwischen eigenständiger psychischer Störung (dissoziativer Schwindel bei Frau B.) und einer Ergänzung der Hauptdiagnose im Sinne einer Komorbidität (pathologische Trauerreaktion bei Diabetes mellitus bei Herrn A.) zu wählen (> Kap. 17 und > Kap. 57).

Angesichts der Häufigkeit psychischer Störungen und von Aufwärts- und Abwärtseffekten im Gesamtsystem empfiehlt es sich, das Vorliegen einer psychischen Störung oder einer Mitwirkung von Belastungen im psychosozialen Bereich bei jeder nicht „banalen“ Erkrankung zu prüfen. Dies kann bei solchen Patienten schwierig sein, die Leistungsminderung und Hilfsbedürftigkeit nicht mit ihrem Selbstbild zu vereinbaren vermögen. In solchen Fällen kann die Vervollständigung der Diagnose eine Intervention erfordern, welche die Regulation des Selbstgefühls unterstützt.

Patientengeschichte

Kasuistik 5: „Synkope“ – „Commotio cerebri“ – „Depression“

Der Anrufer irritiert mich zunächst. Er scheint eher kollegialen Rat als Hilfe zu suchen: Er habe eine „Synkope“ erlitten und möchte, dass ich „mit draufschaue. [...] Sie haben doch auch in der Klinik gearbeitet.“

Während des Erstgesprächs beeindruckt mich die Form der Beziehungsaufnahme des 57-jährigen, „sportlich“ wirkenden Herrn D. zunächst mehr als seine spärlichen Mitteilungen zur Erkrankung. Er vermeidet vor allem, hilfsbedürftig zu erscheinen. Im Gegenteil: Er scheint eher mich „einsetzen“ zu wollen: Angesichts der anstehenden Nachbegutachtung seiner Arbeitsunfähigkeit durch die Versicherung sucht er meine Unterstützung.

Zu seiner Erkrankung berichtet Herr D. stichwortartig fragmentiert, scheinbar emotionslos. Von diesem Muster weicht er nur ab, während er seine frühere engagierte Tätigkeit in verschiedenen Arbeitsfeldern schildert. Seinen Bericht zum Hergang der Erkrankung beginnt er mit: „*Ich halte mich durch Sport fit.*“

Vor 1 Jahr sei er nach Sport und Sauna am Tresen sitzend – nach vier Kölsch – zuerst nach vorn auf den Tresen, dann rückwärts mit dem Hinterkopf auf den Boden gefallen. Er sei kurz bewusstlos gewesen und habe eingenässt. Der Notarzt habe ihn ins Krankenhaus gebracht. Während der Fahrt habe er ein „*Nahtoderlebnis*“ gehabt. Am nächsten Morgen sei er ohne pathologischen Befund auf seinen Wunsch hin wieder entlassen worden. Seither sei es ihm nicht mehr gelungen, wieder „*auf die Beine zu kommen*“. Er fühle sich deprimiert, leide unter Mangel an Initiative, gestörtem Schlaf und Müdigkeit, vor allem morgens. Sein Hausarzt habe ein „*psychovegetatives Erschöpfungssyndrom*“ und eine „*reaktive Depression*“ diagnostiziert. Die Einnahme von Medikamenten habe er abgelehnt.

Im Entlassungsbericht der Klinik finden sich die Diagnosen: „*Synkope, am ehesten bei Exsikkose und Alkoholkonsum*“ und „*Commotio cerebri*“, der Hinweis auf die wunschgemäß vorzeitige Entlassung und – angesichts der unklaren Pathogenese – die Empfehlung „*weiterer Abklärung*“.

Mit der Schilderung des **Sturzhergangs** vermittelt Herr D., wie sozial isoliert er lebt. Damals habe er sich angespannt gefühlt: Weihnachten sei er eingeladen gewesen, „*Erinnerungen an Familie*“ seien aufgekommen. Am 27. Dezember, dem Unfalltag, sei er mit zwei Männern am Tresen gesessen und habe mit ihnen „*ums nächste Bier gewürfelt*“.

Ich sage, ich fände es schade, dass er mit seinen Begabungen, seiner Kompetenz, seiner Erfahrung und seinem Engagement in diese schwierige Situation geraten ist, und versuche, ihn zu ermutigen, therapeutische Hilfe anzunehmen. Er betont, sich bisher immer für andere eingesetzt, sich bis in die Details um sie gekümmert zu haben und dabei selbst zu kurz gekommen zu sein. Als ich ihn daraufhin frage, ob er während seiner Entwicklung selbst genügend Zuwendung erfahren habe, verändert sich die Situation überraschend, mich zunächst erschreckend: Herr D. beginnt, sich in der Halsregion krampfartig zu winden, und stößt unartikuliert Töne aus – schreit ansatzweise und versucht gleichzeitig, mit Einsatz seiner Hände am Hals einen Schrei zurückzuhalten. Er beginnt zu weinen, artikuliert Verzweiflung und sein Unvermögen, sich zu äußern. Schließlich kann er mir sagen, dass er seine Situation als etwa 8-jähriges Kind mit all der seinerzeitigen Hilflosigkeit wiedererlebe: Er habe zusehen müssen, wie sein Vater gegen die Mutter gewalttätig wurde. Es wird deutlich, welches Ausmaß an seelischer Arbeit Herr D. lebenslang hat leisten müssen, um nach früher Extrembelastung sein seelisches Gleichgewicht aufrechtzuerhalten.

Herr D. beginnt, meinen Vorschlag, ein Psychotherapieangebot in einem Sicherheit bietenden Rahmen zu suchen, zu akzeptieren. Schließlich geht er für 3 Monate in eine Fachklinik. Wenige Wochen danach beginnt er wieder zu arbeiten.

In **Institutionen** erfolgt die „Aufbereitung“ komplexer „Fälle“ häufig in interdisziplinärer und auch interprofessioneller Zusammenarbeit. Hierfür wurden neue Strukturen entwickelt, ein Beispiel sind die onkologischen **Tumorboards**.

Psychoonkologische Mitversorgung ist verpflichtender Bestandteil zertifizierter Tumorzentren. Zu prüfen wäre, inwieweit es gelingt, in den Sitzungen von Tumorboards tatsächlich auch psychosoziale Gesichtspunkte systematisch in Diagnosestellung und Behandlungsplanung zu berücksichtigen (s. u.).

1.3.3 Vom Einzelfall zum Krankheitsbild zur Indikationsstellung

Diagnosen ermöglichen es, eine Störung der Gesundheit unter ein Krankheitsbild zu subsumieren und damit Zugang zu dem für sie gesammelten, geordneten und geprüften Wissen zu gewinnen. Die Ergebnisse **externer Evidenzprüfung** sind in der Primär- und Sekundärliteratur dargestellt, in Übersichtsarbeiten und Metaanalysen von Experten geprüft und verdichtet, in Datenbanken zugänglich (u. a. Medline) und z. T. bewertet (Cochrane Library), in Leitlinien der Fachgesellschaften (AWMF) zu Empfehlungen bearbeitet.

Der **Sicherheitsgewinn** aufgrund **evidenzbasierten Vorgehens** kann nicht hoch genug bewertet werden. Jede Anstrengung, diese Sicherheit weiter zu erhöhen, ist der Förderung wert. Gleichzeitig sollten wir uns aber auch bewusst bleiben, dass es sich bei den gewonnenen Daten um **probabilistische** Angaben handelt und dass zur Information von Patienten über den zu erwartenden Verlauf immer auch gehören sollte, **Risikoangaben** verständlich zu vermitteln (vgl. > Kap. 26 und Gigerenzer 2013).

Mit dem Krankheitsverständnis wurden auch die Klassifikationssysteme erweitert und differenziert (Klassifikation > Kap. 27, psychodynamische Diagnostik > Kap. 31, Komorbidität > Kap. 57). Dies erleichtert es, Ansätze Integrierter Medizin auch in Gebiete wie u. a. die Unfallchirurgie einzuführen, denen jeder zunächst den schon von Sophokles formulierten Primat operativer Intervention zubilligen wird: „*Verlangt das Übel einen Schnitt, so singt der weise Arzt nicht Zauberlieder.*“

„*Rezepte schreiben ist leicht, aber im Übrigen sich mit den Leuten verständigen, ist schwer.*“

Franz Kafka: Der Landarzt

1.3.4 Partizipative Entscheidungsfindung anstreben

Komplexeres Krankheitsverständnis, aufwendige Therapieverfahren und die Vielfalt externer Informationsangebote stellen zunehmend Ansprüche an unser kommunikatives Handeln. Sie verlangen, Kranke in Entscheidungsprozesse einzubeziehen. Im Verlauf der Fallarbeit ist es Ziel des Abschnitts „*Partizipative Entscheidungsfindung*“, im Rahmen einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung für einen Patienten jeweils die bestmögliche und bestgeeignete Behandlungsform

zu finden. In diesen Prozess bringen wir unser klinisches Urteil und die uns zur Verfügung stehende externe Evidenz ein; die Patienten teilen uns ihre Präferenzen bzw. ihre Bedenken mit. Möglicherweise unterschiedliche Zielvorstellungen beider Seiten sollten eruiert, erläutert und abgeglichen werden. Auf dem Weg zu einer partizipativen Entscheidung („shared decision-making“) ist es wichtig, auch die Lebenssituation des Patienten, seine individuellen Belastungen und auch seine Ressourcen zu berücksichtigen.

Als Effekt einer 12-stündigen Fortbildung wurde erwartungskonform eine Verbesserung der erforderlichen Kompetenz der Teilnehmer nachgewiesen, in deren Folge sich Angst und Depression bei ihren onkologischen Patienten verminderten. Die Zufriedenheit mit dem ärztlichen Vorgehen unterschied sich allerdings in der Experimentalgruppe nicht von der der Kontrollgruppe (Härter et al. 2015).

Weitere Ergebnisse der Evaluation partizipativer Entscheidungsfindung lassen erkennen, dass dieses Verfahren tatsächlich die Adhärenz zu verbessern vermag und in der Folge auch zu günstigeren Therapieergebnissen führen kann. Allerdings ist ärztlicherseits die Motivation noch bemerkenswert gering, an Evaluationsstudien teilzunehmen (Hauser et al. 2015).

Gelegentlich führt die Klärung der Indikationsstellung auch zu einer Veränderung des Krankheitsverständnisses (vgl. auch > Kap. 26).

Patientengeschichte

Kasuistik 6: Vorhofflimmern – Indikation zur Psychotherapie?

Herr E., ein 72-jähriger Unternehmer, bittet mich, wegen einer absoluten Arrhythmie bei Vorhofflimmern mit ihm eine psychotherapeutische Behandlung zu beginnen. Alle bisherigen Therapieversuche in kardiologischen Zentren einschließlich mehrfacher Kardioversion seien fehlgeschlagen. Er leide sehr unter der Minderung seines Leistungsvermögens.

Ich erläutere Herrn E., warum ich für die Rhythmusstörung keine evidenzbasierte Indikation für Psychotherapie stellen kann. Er drängt, schlägt mir vor: „*Dann behandeln Sie mich, um mich zu unterstützen, die Krankheit seelisch zu verarbeiten!*“ Damit erweitert Herr E. seinen Fall. Die Diagnose „Anpassungsstörung“ öffnet den Weg zu einer vertretbaren Indikationsstellung für eine psychotherapeutische Intervention.

Betont selbstsicher berichtet Herr E., in einer rundum befriedigenden Situation zu leben. Aktuell drohe ihm jedoch ein gravierender Verlust: Sein alter, treuer Jagdhund sei krank geworden; jetzt bleibe ihm nur, seiner Verpflichtung nachzukommen, den Hund mit einem Bolzenschussgerät zu töten. Für dieses Vorhaben sucht er unterstützende Begleitung. Während der Vorbereitung auf die Tat treten panikartige Angstfälle auf, auch während der Sitzungen. Schließlich führt Herr E. sein Vorhaben durch. Im Verlauf einiger Trauerwochen gelingt es ihm, sein Erleben ausreichend zu verarbeiten. Zu unser beider Überraschung normalisiert sich sein Herzrhythmus. Ein Jahr später war der Sinusrhythmus weiterhin stabil.

1.3.5 Adhärenz fördern

Die **Therapietreue** chronisch Kranker und aufgrund von Risikofaktoren Gefährdeter ist, bezogen auf die Einnahme von Medikamenten, unbefriedigend. So befolgen nur etwa 50 % der von arterieller Hypertonie Betroffenen ärztliche Verordnungen zuverlässig.

Bei **antihypertensiver Therapie** lässt sich die Adhärenz verbessern. Von der Vereinfachung des Therapieschemas über die Einführung partizipativer Entscheidungsfindung als Grundlage des Verordnungsgesprächs bis zu umfassender Patientenschulung wurden Ansätze erprobt. RCTs zeigten in 60 % eine Verbesserung der Therapietreue; diese ging in der überwiegenden Zahl der Studien auch mit einer Verbesserung mindestens eines klinischen Endpunkts einher (Matthes und Albus 2014).

Es lohnt, ungenügende Adhärenz individuell zu klären. Sie kann auf unzureichendes physiologisches Verständnis zurückgehen: Patienten beginnen die Einnahme von Antihypertensiva nicht oder brechen sie bald wieder ab, weil sie befürchten, in ihrem Körper würden sich giftige Substanzen ansammeln, wie bei einer Quecksilber- oder Kadmiumintoxikation. Von Abbau, Verstoffwechslung und Ausscheidung haben Kranke oft keine zutreffende Vorstellung. Information über mögliche Nebenwirkungen kann zusätzlich Angst auslösen.

Viktor von Weizsäcker hat schon 1927 auf eine Dialektik, auf ein grundlegendes Bilanzproblem, in der Beziehung zwischen Arzt und Patient aufmerksam gemacht. Im Gegensatz zum vorherrschenden Selbstverständnis liegt in dieser Beziehung das „Geben“ auch beim Patienten, das „Nehmen“ auch beim Arzt – vergleichbar zur Situation zwischen Befehlendem und Gehorchendem: „Befehlen ist Nehmen.“ Diese Bilanzprobleme im Grundverhältnis können sich mit frühen Beziehungserfahrungen verknüpfen und die Annahme von Hilfsangeboten erschweren: Wir bieten Behandlung, der Patient verbindet schon mit der Diagnose einen dauerhaften Verlust von Gesundheit, mit dem Therapieversuch lebenslange Abhängigkeit von Medikation und Ärzten (1927/1987: 188).

Patientengeschichte

Kasuistik 7: „Dann wär' ich ja der König?“

Herr F., ein 50-jähriger Zimmerei-Unternehmer, kommt in die Ambulanz für Hypertoniker; außerhalb war es nicht gelungen, seine häufig **krisenhaft ansteigenden Blutdruckwerte** ausreichend zu senken. Vor 2 Jahren hatte Herr F. einen Schlaganfall mit linksseitiger Hemiplegie erlitten. Er berichtet, die Blutdruckwerte würden immer dann ansteigen, wenn er nachdrücklich geäußerte Kundenforderungen weder erfüllen noch abzuweisen vermöge. Er sei eben von seinen Kunden und deren Aufträgen abhängig. Im Gespräch ergänze ich: „*Der Kunde ist bei Ihnen eben König.*“ Seine Hemmung, sich mit seinen eigenen Bedürfnissen von Forderungen anderer notfalls auch aggressiv abzugrenzen, lässt sich bis in die Kindheit, insbesondere gegenüber seinem oft jähzornigen Vater, zurückverfolgen. Ich biete Herrn F. weitere Gespräche an mit dem Ziel, solche Konflikte leichter zu bewältigen. Herr F. zögert, meint, er könne sich angesichts seiner beruflichen Verpflichtungen nicht nach unseren Ambulanzzeiten richten.

Auch mein Angebot scheint er als Forderung wahrzunehmen, seine Ambivalenz bzw. der darin enthaltene Konflikt vergegenwärtigt sich in unserer Beziehung. Ich äußere vorsichtig: „Bei uns wären Sie ja der Kunde.“ Die Miene des Pat. hellt sich auf, er wirkt interessierter, fragt vorsichtig vorfühlend: „Dann wär ich ja der König?“

Er testet unser Angebot zweimal – „jetzt hätte ich Zeit“ – erfolgreich. Danach ist Herr F. bereit, Termine zu üblichen Zeiten zu vereinbaren. Innerhalb weniger Wochen gelingt es, seinen Blutdruck mit einer sehr viel geringeren Medikamentendosierung als bisher ausreichend zu senken.

Das Beispiel zeigt, dass es auch während kurzer Sprechstundenbegegnungen möglich werden kann, wirksam psychotherapeutisch zu intervenieren, wenn es gelingt, den Patienten in seiner Welt empathisch zu erreichen. Michael Balint nannte solche Ereignisse „*flash*“, Daniel Stern (2004) sprach vom Gelingen intersubjektiver Verschränkung in „*moments of meeting*“¹⁵.

Gelegentlich sind die Ursachen solch ängstlicher Vermeidung schwerer zugänglich. So kann traumatisch verursachter Vertrauensverlust während der frühen Entwicklung später im Leben die Aufnahme einer hilfreichen Arzt-Patient-Beziehung erschweren.

Patientengeschichte

Kasuistik 8: „Warum musste er sterben, warum bist nicht du verreckt?“

Ein 45-jähriger leitender Molkereiangestellter sucht wegen „schwer einstellbarer“ **arterieller Hypertonie und funktioneller Oberbauchbeschwerden** die Ambulanz auf. Zu Beginn jeder Konsultation überreicht er mir eine Tüte mit einer Auswahl von Joghurtspeisen. Im Gesprächsverlauf hebt er seine liebevolle Fürsorge gegenüber seinen Töchtern hervor. Eigene Entbehrungen klingen dabei an. Daraufhin frage ich ihn, ob er selbst als Kind vergleichbare Zuwendung erfahren habe. Schlaglichtartig vergegenwärtigt er seine Situation als Kind: Sein Bruder, Lieblingskind der Mutter, war in einen Brunnen gefallen und gestorben. Danach habe seine Mutter zu ihm gesagt: „*Warum musste er sterben, warum bist nicht du verreckt?*“

Im Verlauf einer Kurzpsychotherapie vermochte er über seine tiefe Kränkung zu sprechen, seine Abwehr aggressiver Impulse vom Bewusstsein zu lockern und mir seine Wut in Bildern von feuerspeienden Vulkanen zu vermitteln, um schließlich in die Rolle eines selbst versorgungsbedürftigen Kranken finden zu können.

„Wie die naturwissenschaftliche Forschung aufwendige Laboratorien und diagnostische Einrichtungen benötigt, so braucht die anthro-

pologische Richtung eine ... auf Zusammenarbeit im gleichen Geiste eingestellte Ärzteguppe. ... Es bedarf der selbstverständlichen Unterstützung durch einen in gleicher Gesinnung verbundenen Kreis ...“

Karl Matthes (1962)

1.4 Integrierte Medizin gemeinsam realisieren

1.4.1 Kooperation in der klinischen Praxis

Die Praxis Integrierter Medizin intensiviert die Beziehung zu Patienten und verlangt eine umfassendere theoretische Orientierung. Beides erhöht die Anforderungen und Belastungen für Ärzte. Wer sich ihnen aussetzt, benötigt **kollegiale Unterstützung**, zumindest in Form reflektierender Gruppenarbeit, wie sie vor allem in dem von Michael Balint begründeten Modell angeboten wird.

In **Institutionen** und größeren Bereichen des Versorgungssystems ist die Realisierung Integrierter Medizin an arbeitsteilig organisiertes und sorgfältig koordiniertes fallbezogenes Handeln in therapeutisch wirksamen Beziehungen gebunden (> Kap. 48, > Kap. 52 und > Kap. 53). Nicht immer müssen bzw. können traditionelle Arbeitskonzepte grundlegend und rasch verändert werden. Oft empfiehlt es sich, zunächst all die Situationen für den kollegialen Austausch zu nutzen, die der gegebene klinische Alltag bietet, wie z. B. Stationsbesprechungen, klinische Visiten und interdisziplinäre Fallbesprechungen. Wichtig ist es, an Planung und Aufbau neuer Versorgungskonzepte wie *Stepped Care* oder *Collaborative Care* aktiv mitzuwirken (von Korff et al. 2000; Carter et al. 2024).

Jede **Umstellung verunsichert** zunächst. Einige Gesichtspunkte gelten spezifisch für die Erweiterung ärztlichen Handelns im Sinne Integrierter Medizin.

Die **Erweiterung der theoretischen Orientierungsmöglichkeiten** gefährdet die altgewohnte Sicherheit, die mit unserer in der naturwissenschaftlichen Basis fundierten Position als „*maitres et possesseurs de la nature*“ gewährleistet schien (Descartes 1637/1997: 100 ff.). Descartes' Erwartung, dass es demjenigen, der den Bau der funktionierenden Teile genau kennt, auch gelingen wird, sie „*als Arzt im rechten Sinn zu steuern*“ (Brief an Burman vom 30.4. 1648), hat sich nur z. T. erfüllt.

Die verfügbaren Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung reichen oft genug (noch) nicht für eine sichere Orientierung aus. Mit der Erweiterung unserer Perspektive kommen wir noch öfter in die Lage, für Handlungsentscheidungen von unserer **Urteilkraft** Gebrauch machen zu müssen. Unsere Fähigkeit, auch im erweiterten Konzept Patientenprobleme zu bewerten, Lösungsansätze zu entwickeln, auch kommunikative Untersuchungs- und Interventionstechniken perfektioniert einzusetzen, bedarf längerer Erfahrung und Übung. Zumindest zunächst setzen wir uns damit vermehrt **Unsicherheit** aus.

Zusammenarbeit in einer „Gruppe Gleichgesinnter“ vermag diese Unsicherheit zu reduzieren und hilft uns auch, wenn wir mit den **Grenzen unserer Hilfsmöglichkeiten** konfrontiert werden (Wieland 1975/2004). Gleichsinnig wirkt auch unsere Einbindung in die

¹⁵ Die Boston Change Process Study Group (2010) hat retrospektiv Mikroprozesse in Analysestunden untersucht und festgestellt, dass Momente der Begegnung („moments of meeting“) ein wirkmächtiges Agens therapeutischer Veränderung sind, welche die Möglichkeit bieten, die intersubjektive Erfahrung in der Dyade neu zusammenzusetzen.

Gemeinschaft des sozialen Feldes „Medizin“. Ansätze Integrierter Medizin bieten mit gewohnten Organisationsformen klinischen Handelns Unzufriedenen die Chance, **befriedigendere Formen der Zusammenarbeit** zu erproben (Carter et al. 2024; vgl. > Kap. 48, > Kap. 52 und > Kap. 53).

1.4.2 Solidarität und Wandel im sozialen Feld

Das „**Habitus**“-Konzept des französischen Soziologen und Philosophen Pierre **Bourdieu** (1930–2002) erleichtert uns, Struktur und Funktion dieser handlungsleitenden Schemata als ein Ergebnis von Wechselwirkungen zwischen unseren individuellen Bildungsprozessen und „objektiven“ sozialen Gegebenheiten zu verstehen. Bourdieu hat herausgearbeitet, wie wir in lebenslangen Bildungsprozessen eine „verkörperte“, „generative, um nicht zu sagen kreative Kompetenz“, eine **Disposition** für „eine *Ars inveniendi*“ erwerben. Der Habitus verbindet uns mit dem sozialen Feld, entspricht unserem Bedürfnis nach Zugehörigkeit (Krais und Gebauer 2014; Lenger et al. 2013).

Während der **beruflichen Sozialisation** erwerben wir in Interaktion mit dem sozialen Feld der Medizin einen spezifischen (Arzt-) Habitus. Ein Repertoire von Denk- und Sichtweisen, von Wahrnehmungsschemata, von Beurteilungs- und Bewertungsprinzipien befähigt uns, in der Spontaneität des Moments Handlungsstrategien und Praktiken zu entwickeln und einzusetzen, ohne in jedem neuen Fall das Bewusstsein bemühen zu müssen.

Dieser Habitus verbindet uns mit der Medizin als sozialem Feld. Wir erleben uns in die „Kultur“ dieses Feldes eingebettet, als Akteure im Feld der Medizin ein gemeinsames „Spiel“ spielend, gemeinsame Praxisformen realisierend, eine Art „Meisterschaft“ in dieser Praxis entwickelnd.

Als eine verkörperte Instanz wird der Habitus zu einem Teil unserer „Natur“ und als solche „vergessen“. Seine „Handlungsanweisungen“ für unsere Praxis bleiben unserem Bewusstsein verborgen. **Selbstverborgenheit** in Verkörperung (vgl. Kasuistik 9) erschwert Veränderungsprozesse und trägt dazu bei, dass ein Erfolg von Reformprojekten im Sinne Integrierter Medizin Bereitschaft und Fähigkeit zu geduldiger diskursiver Verständigung voraussetzt.

1.4.3 Im „Widerstreit“ mit der Gesundheitswirtschaft

Ökonomische Vernunft trägt in unserer Gesellschaft wesentlich zum Erfolg ärztlicher Sorge für die Gesundheit bei. Auch Integrierte Medizin ist auf die Verfügbarkeit von „Realien“, auf die Bereitstellung von Zeit, Raum, Stellen und finanziellen Mitteln angewiesen. Begrenzte Ressourcen bedingen Konkurrenz und auch Konflikte mit Kollegen anderer Gebiete. Solange die Interessen der Partner innerhalb des sozialen Feldes gemeinsamen Grundzielen gelten, die Arzt-Patient-Beziehung nicht beeinträchtigt wird und wissenschaftliche Evidenz als Kriterium gilt, verspricht solidarisch-kollegialer Diskurs Verständigung. Kritische Prüfung und Bewertung kommt zugleich der Weiterentwicklung personal- und zeitaufwendiger Integrierter Medizin zugute.

Dagegen lassen sich solche Gefahren, die dem traditionellen Gesundheitswesen aus Feldern drohen, welche außerhalb der Kultur der Medizin liegen, nicht in rationalem Diskurs bannen. So zeichnet sich ab, dass sich die Ökonomie aus ihrer „Dienstrolle am Leben“ (Hardt 2015) verabschiedet, dass ein Verbund von Ökonomie und Administration sich verselbstständigt, um unser solidarisch verfasstes Krankenversorgungssystem in eine markt- und gewinnorientierte Gesundheitswirtschaft zu transformieren (Hontschik 2019).

Die Orientierung an Effizienz und Wettbewerb, der Einsatz lebensferner Finanzprodukte, der Einfluss von Globalisierung, Digitalisierung und Virtualisierung drohen zum Verlust sozialer Nähe, zum Erleben von Entfremdung und Verdinglichung in der Versorgung zu führen. Sie lässt befürchten, dass „Patienten“ zu „Kunden“ konvertiert werden und ihnen als „Konsumenten“ das Produkt „Gesundheit“ angeboten wird.

Nach einer solchen „**Disruption**“ lassen sich Verständigung und Ausgleich nicht mehr in einem gemeinsamen sozialen Feld anstreben. Unfruchtbare (Selbst-)Behauptungsdiskurse treten an ihre Stelle. In einem **Verhältnis im „Widerstreit“** („*différend*“) vermögen die Beteiligten allenfalls Positionen zu markieren und zu verdeutlichen. Lösung herzustellen vermögen sie nicht (Lyotard 1983/1989; 1979/2015; Hardt 2015).

Auf eine Gruppe solcher Gefahren weisen Anpreisungen und Versprechungen hin, mit denen neuartige Therapieverfahren wie „**personalisierte Medizin**“, „Präzisionsmedizin“, „genombasierte stratifizierende Therapie“ und „**Systemmedizin**“ angekündigt und diskutiert werden. Das Rationale dieser Verfahren und erste Erfolge werden jeden klinisch tätigen Arzt faszinieren, auch wenn noch nicht ausreichend geklärt scheint, ob und inwieweit Versprechungen der Marketingstrategen, Patienten „auf dem Prunkwagen des medizinischen Fortschritts ins Paradies zu fahren“, zutreffen oder zu Recht Bedenken bestehen, dass Betroffene und Beteiligte zumindest vorerst „vor den Karren der molekularbiologischen Forschung und der Pharmaindustrie gespannt“ werden (Wooßen 2012).

Das **Skandalon** besteht in der Besetzung des **Begriffs „Person“**, im Übergriff des Marketings auf einen Bereich außerhalb der Biologie, dem Versuch, fremdes Land zu kolonialisieren, um den eigenen Zugang zu finanziellen Mitteln zu verbreitern.

1.5 Persönliche Erfahrungen

1.5.1 Herausforderungen

Mit dem Wandel zu Integrierter Medizin wird die Konzeption **ärztlichen Handelns komplexer**. Beziehungsgestaltung, klinisches Urteilen und Reflexion dieser Prozesse bedürfen zusätzlicher Ansätze in Aus- und Fortbildung. Mit der Erweiterung der Perspektiven steigt die Zahl der für die Orientierung relevanten Wissenschaften und Modellvorstellungen. Je stärker wir auf die Kooperation der Patienten angewiesen sind, desto weniger lässt sich der Erfolg unseres Handelns in einem linearen Systemkonzept als unmittelbare (kausale) Folge

unseres „Bewirkens“ vorhersagen. Eine Ergänzung von Descartes' Maschinenmodell wird dringender.

Integrierte Medizin erfordert **Umlernen**. Während wir benötigtes Wissen vergleichsweise rasch erwerben, wirkt unserem Bemühen, auf ärztliche Arbeit bezogene Anteile unserer Persönlichkeit zu modifizieren, zunächst oft eine Beharrungstendenz entgegen. Unser Habitus, abgestimmt auf die bisherige Form unserer Tätigkeit, vermittelt uns Sicherheit. Wer umlernt, verfügt nicht mehr über diese sicherheitsgebenden Verhaltensformen und noch nicht über neue Verhaltensweisen. Die Verkörperung des Habitus erschwert und verzögert Veränderungen. Dies gilt in besonderem Maße für eine Modifikation unserer Rollenauffassung gegenüber Patienten.

Eine Episode während einer klinischen Visite soll die automatisch einsetzende Steuerung unseres Verhaltens illustrieren. Der Kollege hatte mich gebeten, ihn zu begleiten, um sein Kommunikationsverhalten besprechen zu können.

Patientengeschichte

Kasuistik 9: Visite – Zuhören oder selbst sehen?

Ein 25-jähriger Leukämiekranker hat erhöhte Temperatur. Während der Visite werden mögliche Ursachen diskutiert, u. a. eine Infektion am Subclavia-Portkatheter. Schließlich fragt der Arzt den Kranken offen: „Wie geht es Ihnen?“ Der Pat. antwortet: „Ganz gut, nur das Fieber beunruhigt mich.“ Einfühlsam greift der Arzt diese Äußerung auf: „Beunruhigt?“ Er scheint den Kranken einzuladen, weiter von seiner Beunruhigung zu sprechen. Der Kranke setzt zur Antwort an, gleichzeitig greift der Arzt jedoch nach Lampe und Spatel in der Kitteltasche, führt den Spatel in den schon geöffneten Mund des Pat. ein und bittet ihn, „Ah!“ zu sagen. Die Klage über „Beunruhigung“ wird nicht wieder aufgegriffen.

Die „Einführung des Subjekts“, die Forderung, nun auch Erleben und Geschichte der Patienten zu berücksichtigen, kann **Schutzreaktionen** auslösen. So wird im Rahmen von Fortbildung geäußert: „Aus Gesprächen erhalte ich keine objektiven Aussagen, sie enthalten zu viel individuelle Interpretation.“ Zusätzliche eigene **emotionale Belastungen** werden befürchtet: „Geht man zu sehr auf Patienten ein, so nutzen sie dies aus.“ – „Gespräche kosten zu viel Zeit – und werden nicht bezahlt.“ – „Zunächst muss ich wissen, wie ich ein Gespräch begrenze.“ Oft wird beklagt, dass eine veränderte Haltung rasch dazu führt, dass Patienten sich umfassender äußern, dass der Erwerb hilfreicher verbaler Interventionsformen zu viel Zeit in Anspruch nehmen (vgl. > Kap. 34 und > Kap. 13).

1.5.2 Aus- und Fortbildung

Konzepte und Techniken zur Vermittlung **kommunikativer** ärztlicher **Kompetenz** werden in > Kap. 26 dargestellt.

Die Medizinischen Fakultäten haben begonnen, die Ausbildung zu reformieren und auch die Vermittlung von Handlungskompetenz zu intensivieren. Der Medizinische Fakultätentag, die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung, Experten der Fachgesellschaften sowie

Vertreter der Bundesärztekammer und der Studierenden haben 2015 den *Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin* verabschiedet (www.nklm.de, vgl. > Kap. 101), der den Fakultäten als Orientierungsgrundlage für die Weiterentwicklung ihrer Curricula dienen soll (Wissenschaftsrat 2014).

Die Qualität der Fallarbeit lässt sich durch die Vermittlung **problemorientierter Arbeitsansätze** (vgl. Harendza 2015; Clinical Reasoning s. o.) verbessern.

Angesichts der dargestellten, weitgehend fixierten und selbstverborgenen Steuerung unserer klinischen Denk- und Verhaltensgewohnheiten kommt der Förderung unserer Fähigkeit zur **Selbstwahrnehmung und Reflexion** dieser Gewohnheiten, der Ausbildung **metakognitiver Kompetenz** große Bedeutung zu.

Hierfür hat sich eine Form berufsbezogener Selbsterfahrung besonders bewährt, die der Arzt und Psychoanalytiker Michael **Balint** entwickelte (1965): In einer Gruppe mit etwa acht Teilnehmern erzählt ein Mitglied aus seinem Umgang mit einem Patienten. Die übrigen Teilnehmer tragen ihre Wahrnehmung der dargestellten Interaktionen bei, um die vorgetragene Problemsituation aus unterschiedlichen Perspektiven gemeinsam zu betrachten und mithilfe eines Leiters besser zu verstehen. Balints Ziel war es, in den Teilnehmern einen „Prozess der Befreiung und Lockerung“ von habituellen und dysfunktionalen Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsformen zu fördern und damit eine „begrenzte, jedoch wesentliche Umstellung in der Persönlichkeit des Arztes“ zu ermöglichen (Balint 1965: 404–405, 399).

Balint-Gruppenarbeit ist fester Bestandteil psychotherapeutischer Weiterbildung und der Fortbildung zur Zulassung zur „Psychosomatischen Grundversorgung“ („Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung“). Videoaufnahmen und Rollenspiel können helfen, die jeweils geschilderte Situation zu vergegenwärtigen (Söllner et al. 2007).

Patientinnengeschichte

Kasuistik 10: „Ausgelaugt, verschaukelt, Mülleimer“: Entwicklung metakognitiver Kompetenz

Frau Dr. A., Ärztin für Allgemeinmedizin in einer Gemeinschaftspraxis, berichtet über eine 50-jährige Pat. mit **herzbezogenen Thoraxschmerzen**. Nachdem alle Untersuchungen keinen erklärenden Befund ergeben hatten, habe sie mit der Pat. ausführlich besprochen, dass es sich um Beschwerden funktionellen Charakters handle. Dieses Gespräch habe jedoch auch nicht weitergeführt. Sie selbst – so beginnt sie zu klagen – habe sich nach dem Gespräch „ausgelaugt“, „ganz fertig“ gefühlt. Obwohl sie sich so engagiert habe, sei sie von dieser Pat. später noch weiter enttäuscht worden: Bei ihrem nächsten Besuch sei die Kranke nicht mehr zu ihr, sondern zu ihrem Kollegen gegangen. Als sie dies hörte, habe sie sich „hintergangen“, „verschaukelt“, „ausgenutzt“ gefühlt.

In der Gruppe löst die Enttäuschung der Kollegin Resonanz aus: Bald steht im Mittelpunkt der Diskussion die Frage, wie man sich selbst entlasten, „entsorgen“ könne, wenn man von Pat. als „Mülleimer“ benutzt werde und „überquell“.

Ich schlage der Gruppe ein Rollenspiel vor, um die Abläufe differenzierter verstehen und vielleicht modifizieren zu können. Frau Dr. A. spielt selbst die „Patientin“ (P), über die sie berichtet hatte. Zwei Kolleginnen übernehmen nacheinander die Rolle der „Ärztin“ (Ä).

Rollenspiel 1

- Ä: Was für Beschwerden haben Sie? [Fokus auf „Beschwerden“]
- P: Mir geht's schlecht. Das ist schon eine lange Geschichte. Hab' hier oft Schmerzen [zeigt auf ihre Brust], kriege so Panik zu Hause, dass ich umfalle und sterbe. Weil ich ganz allein bin. Geh dann raus und fahre mit dem Rad. Deswegen bin ich auch in Behandlung, in der Klinik.
- Ä: Was für 'ne Klinik? [Informationsfrage, führt von Patientin weg]
- P: [Nennt Name der Klinik] Dort krieg ich auch Medikamente, aber die helfen nicht. Und da werde ich auch ganz dick von.
- Ä: Seit wann fühlen Sie sich krank? [Zeitfrage, berücksichtigt Klage nicht]

Die **erste „Ärztin“** hört ausdauernd zu. Sie signalisiert Verständnis, indem sie Blickkontakt hält und zustimmend nickt. Mit verbalen Äußerungen hält sie sich zurück; sie vermeidet, die Beziehung zu intensivieren und das Erzählen der Patientin zu fördern. Sie drückt kein Interesse am emotionalen Zustand der Patientin aus, ihre Frage ist unpassend. Nach dem Gespräch klagt sie, ihre „Patientin“ habe „*nur gejammert*“, sie selbst habe sich dabei „*wie gelähmt gefühlt*“, nur noch deren „*Litanei über sich ergehen lassen*“ können.

Aus der Gruppe wird vorgeschlagen, das Interventionsverhalten zu modifizieren: Vielleicht würde es der Patientin helfen, wenn die Ärztin zu erkennen gäbe, dass sie das Ausmaß ihrer Angst wahrnehme: Sie könne z. B. einfühlsam formulieren: „So schlimm ist die Angst ...“

Rollenspiel 2

- Ä: Was führt Sie zu mir? [Fokus offener, schließt Beziehungsaufnahme ein]
- P: Das ist 'ne lange Geschichte. Hab hier oft Schmerzen in der Brust und im Arm, kriege dann immer so Beklemmungen zu Hause. Hab so Angst vor 'nem Herzinfarkt, dass ich allein sterbe zu Hause. Ich geh dann immer raus mit dem Fahrrad.
- Ä: So eine starke Angst ist das, allein? [Empathische Antwort, verbindet und betont Emotion und soziale Situation]
- P: Ja, sehr. Ich muss dann immer unter Menschen, um mich zu beruhigen. Zu Hause halte ich das so allein eben nicht aus. Bin auch in einer Klinik in Behandlung, da krieg ich auch Tabletten. Die machen immer dicker, sonst ändert sich gar nichts.
- Ä: Sonst ändert sich gar nichts? [Reflexionsfrage (Typ Echo) nimmt Frustration auf]

Die Veränderung im Gesprächsverlauf des zweiten Rollenspiels erscheint zunächst geringfügig. Sie ermöglicht der Patientin jedoch, ihre „*lange Geschichte*“ und ihre aktuelle „*Angst*“ zu betonen und mehr von ihrem emotionalen Zustand zu erzählen.

Nach diesem Gespräch berichtet die **zweite „Ärztin“**, es sei ihr schwergefallen, dem Vorschlag der Gruppe zu folgen und auf das Angstgefühl einzugehen. Sie habe bei sich *Widerstand* wahrgenommen. Die Zuhörer hatten sie ebenfalls zögerlich und sehr vorsichtig erlebt. Die „**Patientin**“ äußert dagegen, ihr habe das Eingehen auf Angst und Alleinsein *gutgetan*; während dieses zweiten Gesprächs habe sie sich deutlich besser gefühlt. Zu ihrer Überraschung sei ihr zudem plötzlich eingefallen, dass ihre **reale Patientin** während des Gesprächs in ihrer Praxis *geweint* habe.

Nun ändert sich die **Stimmung** in der **Gruppe**. Hatte anfangs das Interesse überwiegend differenzialdiagnostischen Problemen gegolten, so konzentriert es sich jetzt auf die schwierige Lebenssituation der Patientin. Die beiden „Ärztin“ spielenden Kolleginnen beginnen zu **staunen**: Erst jetzt werde ihnen deutlich, wie nachhaltig sie **emotionale Themen** in ihrem Berufsalltag vermeiden würden. Während ihres Studiums und ihrer Weiterbildung hätten sie eben gelernt, einen **Filter** für Emotionen einzuschalten, um sich „*ganz auf medizinische Zusammenhänge konzentrieren zu können*“. Ein Kollege ergänzt: Sein **Motto** sei gewesen, „*lieber mit beiden Beinen in der Materie stehen*“ – alles andere mache nur *Angst*.

1.5.3 Zufriedenheit im Beruf

„Glück entspringt der Freude dessen, der tun kann, was er gern tut, was er gut kann, und der dies so vollkommen wie möglich tut.“

G. H. von Wright (1963)

Zugewinn an fachlicher **Kompetenz** und der Fähigkeit, diese flexibel einzusetzen, steigert unsere Effektivität, lässt uns Wirksamkeit erleben, fördert unser Selbstgefühl und unsere Zufriedenheit im Beruf. Ein **Circulus benignus** kommt in Gang: Kranke bringen zufriedenen Ärzten mehr Vertrauen entgegen, bewerten deren Leistungen eher positiv, kommen zuverlässiger in die Praxis, befolgen Verordnungen konsequenter und erreichen bessere Behandlungsergebnisse (Scheurer et al. 2009; Söllner et al. 2007).

Anerkennung des Patienten als **Subjekt** mindert in Verbindung mit einem erweiterten Verständnisansatz unsere Gefährdung, selbst psychisch depriviert zu werden. Eine habituelle Tendenz, Patienten zu „verdinglichen“, wirkt dagegen als Tendenz zu „Selbstverdinglichung“ auf uns zurück, mindert unsere Fähigkeit, innere Zustände zu erleben, Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen und in unserer Selbstfürsorge zu berücksichtigen (Honneth 2005).

Im Verlauf einer auf die Erweiterung von Verständnis- und Handlungskonzepten ausgerichteten **Fortbildung** („Psychosomatische

Grundversorgung“) berichten Teilnehmer über verschiedene Facetten einer **Steigerung ihrer Berufszufriedenheit**.

II Arztäußerungen nach der Fortbildung

- Ich kann jetzt mehr aus den Patienten hervorlocken.
- Die Fälle haben eine größere Vielfalt.
- Die Erzählungen der Patienten, ihre Schicksale interessieren mich wieder.
- Ich kann mir alles besser merken, weil es zusammenhängt.
- Mir fällt alles wieder ein, ohne es aufzuschreiben.
- Ich habe weniger Angst, gehe ruhiger in Gespräche.
- Ich fühle mich von den Patienten weniger ausgenutzt.
- Ich werde viel besser fertig.
- Ich bin viel gelassener.
- Ich kann nach der Arbeit einen schöneren Feierabend machen. II

Der Bericht einer allgemeinmedizinisch tätigen Internistin veranschaulicht, dass langjährige Balint-Gruppenarbeit dazu beitragen kann, auch für ein „integriertes“ ärztliches Handeln eine habituelle Disposition auszubilden.

Patientinnengeschichte

Kasuistik 11: „Ende eines anstrengenden Tages in der Sprechstunde“¹⁶

„Meine 87-jährige Pat. Frau H. sollte, veranlasst von ihrem Orthopäden, ein MRT der Hüfte bekommen, um eine eventuelle Operation zu erwägen. Schon vor der Untersuchung war sich Frau H. sicher, dass sie sich nicht operieren lassen würde, wollte dem Arzt aber auch nicht widersprechen.

Am Tag der Untersuchung ging Frau H. in Begleitung der Tochter zum Röntgeninstitut und ließ die Untersuchung über sich ergehen. Sie legte sich brav auf die flache Pritsche und ertrug ruhig den ohrenbetäubenden Lärm.

Vier Tage nach der Untersuchung ruft Frau H. in der Praxis an und bittet um einen Hausbesuch. Im Gespräch berichtet sie, dass sie in der letzten Nacht ständig aufstehen musste, um zur Toilette zu gehen, am Morgen sei ihr übel geworden, und sie fühle sich schlapp ..., das MRT habe sie „fertig gemacht“. Dass es ihr jetzt so schlecht gehe, käme sicher von der Untersuchung. Ich beruhigte sie und versicherte ihr, dass die Untersuchung doch schon einige Tage her wäre und es sicher besser würde. Die Urinuntersuchung war völlig unauffällig. Zwei Tage später kam sie in meine Sprechstunde und erzählte, der MRT-Befund sei ganz erfreulich, die Hüfte besser als gedacht, und so sei der Orthopäde froh und sie eigentlich auch ... aber es ginge ihr schlecht. Sie klagte über Bauchweh, Unruhe, Störungen beim Wasserlassen, und das alles käme vom MRT ... Wir einigten uns, dass die Unter-

suchung aufregend für sie war. Ich gab ihr Opipramol, ein leichtes Beruhigungsmittel, und dachte, es wäre jetzt ausgestanden. Zwei Tage später meldete sie sich wieder: Das Medikament habe geholfen, die Nacht sei besser gewesen, aber es ginge ihr schlecht ... sie sei ganz anders als vorher. Es war das Ende eines anstrengenden Tages in der Sprechstunde, und ich war mit meinen Gedanken deutlich weniger bei der Medizin, etwas ermüdet, und sagte ihr, sie solle mir doch einfach erzählen, was ihr einfiel.

Da erzählte sie, dass sie im Krieg verschüttet war ... da war sie ganz allein, die Eltern waren in einem anderen Keller, ... es war laut und dunkel, und sie hatte solche Angst ... Der Vater starb dann ... Sie erinnert noch an das Bild der zerstörten Häuser an der Kreuzung, wo ein totes Pferd lag, dem die Menschen aus Hunger Teile rausgeschnitten hatten. ... Sie weint ... Wir saßen eine Weile beisammen, es war ruhig ... Seitdem sprechen wir öfter darüber, maximal 10 Minuten. Von den Beschwerden hat sie nicht mehr berichtet.“

¹⁶ Ich danke Frau Dr. med. Aglaja Sedelmeier, Köln, für die Überlassung dieser „Fall“-Geschichte.

LITERATURAUSWAHL

- Altmeyer M, Thomä H. Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse. 2. A. Stuttgart: Klett-Cotta 2010.
- Bergmann J, Dausendschön-Gay U, Oberzaucher F. „Der Fall“ Studien zur epistemischen Praxis professionellen Handelns. Bielefeld: transkript 2014; 19–35.
- Carter G, Levenson J, Söllner W, Sheehan K. Consultation-Liaison Psychiatry: Four International Perspectives. In: Thomasson R, Guthrie E, House A (eds.): Seminars in Liaison Psychiatry. 3rd ed. Cambridge: Cambridge University Press 2024; 413–447.
- Henningsen P. Allgemeine psychosomatische Medizin: Krankheiten des verkörperten Selbst im 21. Jahrhundert. Berlin, Heidelberg: Springer 2021.
- Hofer MA. The emerging synthesis of development and evolution: A new biology for psychoanalysis. Neuropsychoanalysis 2014; 16(1): 3–22.
- Krais B, Gebauer G. Habitus (Einsichten. Themen der Soziologie). Bielefeld: transkript 2014.
- Lewis B. The biopsychosocial model and philosophic pragmatism: Is George Engel a pragmatist? Philosophy Psychiatry Psychology 2007; 14(4): 299–310.
- Liszka J. Charles Peirce's rhetoric and the pedagogy of active learning. Educational Philosophy and Theory 2013; 45(7): 781–788.
- Schneider HJ. Anthropomorphes versus anthropozentrisches Denken. Zur ethischen und wissenschaftstheoretischen Bedeutung einer Unterscheidung. Thure von Uexküll zum 80. Geburtstag. In: Gatzemeier M (Hrsg.): Verantwortung in Wissenschaft und Technik. Mannheim, Wien, Zürich: BI Wissenschaftsverlag 1989; 34–45.
- Tomasello MA. Natural History of Human Thinking. Cambridge, MA: Harvard University Press 2014.
- von Uexküll Th, Wesiack W. Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. 3. A. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg 1998.
- Wieland W. Diagnose. Überlegungen zur Medizinthorie. Berlin, New York: de Gruyter 2004.

Psychosomatische Medizin im Überblick – behandeln Sie Menschen, nicht Krankheiten!
Auch in der 9. Auflage stellt der „Uexküll“ alle Aspekte der Psychosomatischen Medizin umfassend und fundiert dar. Entsprechend den Ideen Thure von Uexkülls will das Werk die Integration psychosomatischen Denkens in allen medizinischen Fachgebieten fördern und beschränkt sich deshalb ganz bewusst nicht auf das Fachgebiet „Psychosomatik und Psychotherapie. Entscheidend ist die therapeutische Haltung: Im Mittelpunkt steht die Patientin bzw. der Patient mit ihrer bzw. seiner individuellen Wirklichkeit, die es zu berücksichtigen gilt, um ein optimales therapeutisches Ergebnis zu erzielen. Dabei wird keine therapeutische Richtung als die allein gültige angesehen, unterschiedliche Erklärungs- und Herangehensweisen werden berücksichtigt.

Neu in der 9. Auflage:

- Über 100 Kapitel, alle auf den neuesten Stand gebracht, davon 39 völlig neu verfasst
- Neue Kapitel/Themen:
- Leib-Seele-Problem
- Digitalisierung und Künstliche Intelligenz in der Medizin
- Umwelt, Klimakrise und Gesundheit
- Gender
- COVID-19-Pandemie und psychische Gesundheit
- Diagnostik in der Verhaltenstherapie, Systemische und Familiendiagnostik, Funktionsdiagnostik (ICF)
- Psychotherapie mit körperlich Kranken
- Suggestive, achtsamkeitsbasierte und übende Verfahren
- Versorgungsmodelle in der Familienpsychosomatik (Eltern-Kind-Station, Kinder- und Jugendpsychosomatik) sowie ambulante und sektorenübergreifende Versorgungsformen
- Psychosomatische Grundversorgung
- Nicht stoffgebundene Süchte
- Arztgesundheit
- Berücksichtigung der neu formulierten diagnostischen Überlegungen der ICD-11, insbesondere im Bereich der funktionellen Körperbeschwerden und der Persönlichkeitsstörungen

Dieses Buch sollten alle ärztlich oder psychotherapeutisch Tätigen im Regal haben, die für sich in Anspruch nehmen, nicht nur Symptome oder Krankheiten zu behandeln, sondern Menschen.

Uexküll, Psychosomatische Medizin

Kruse, Johannes (Herausgeber), Langewitz, Wolf (Herausgeber), Schneider, Antonius (Herausgeber), Söllner, Wolfgang (Herausgeber), Waller, Christiane (Herausgeber), Weidner, Kerstin (Herausgeber), Zipfel, Stephan (Herausgeber)
9. Aufl. 2025. 1136 Seiten., geb.
ISBN 9783437218354



ELSEVIER

elsevier.de