

**Einleitung zum IHM-Symposium „Medizin an den Grenzen“,
3. Mai 2008, Zürich, FMT**

Dr. med. Marianne Schneider Weber

Sehr geehrte Gäste, liebe KollegInnen und Kollegen,

Im Namen des Instituts für Humanwissenschaftliche Medizin IHM möchte ich Sie zu unserer Tagung herzlich begrüssen. Wir freuen uns ganz besonders, dass trotz Frühlingsferien und Auffahrt so viele Teilnehmer zusammengekommen sind.

Lassen Sie mich vielleicht zu Beginn noch ein paar Worte zu unserem Ausbildungsgang sagen. Vor 15 Jahren hat eine Gruppe von niedergelassenen Psychiatern und Somatikern mit und um Prof. Claus Buddeberg von der Abteilung für Psychosoziale Medizin am UniversitätsSpital ZH einen zweijährigen Ausbildungsgang in Psychosomatik ins Leben gerufen. Über diese Ausbildung für Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachgebiete hat im Jahr 2000 dann das Institut für Humanwissenschaftliche Medizin die Federführung übernommen.

Unser zentrales Anliegen blieb über all die Jahre die Förderung einer patientenorientierten Medizin und die Behandlung von psychosomatisch kranken Patientinnen oder Patienten mit sogenannten MUS (Medically Unexplained Symptoms), insbesondere von chronischen Schmerzpatienten, aber auch der psychosomatische Zugang zu somatisch Kranken wie z.B. den Herzpatienten im Rahmen der Psychokardiologie etc.

In unseren Kursen machen wir somatischen Kollegen, die eine vorwiegend naturwissenschaftlich orientierte Ausbildung absolviert haben, zusätzliche Angebote, die im klinischen Alltag für eine patientenorientierte Medizin in der Praxis hilfreich sind.

Es freut uns, auch einige von diesen rund 200 Ärztinnen und Ärzten, die diesen 2-jährigen Kurs absolviert haben und den Fähigkeitsausweis in „Psychosomatischer und Psychosozialer Medizin“ der SAPPMM erworben haben, heute begrüssen zu dürfen.

Durch eine Kooperation mit der Universität Zürich besteht neu die Möglichkeit, unseren Kurs mit einem Universitätszertifikat abzuschliessen mit dem Titel: Certificate of Advan-

ced Studies in Psychosomatischer und Psychosozialer Medizin“.

Das Thema „Grenzen“ ist in unserem Fach und auch in unseren Ausbildungskursen des IHM ständig präsent, die Psychosomatik liegt ja definitionsgemäss an Grenzen. Die Klagen von psychosomatisch kranken Patienten bringen uns in ganz besonderer Weise immer wieder an Grenzen, sowohl unserer kommunikativen, wie auch an die Grenzen unserer Handlungsmöglichkeiten.

Die Grenzen der eigenen Handlungsmöglichkeiten wahrzunehmen, mitten im geschäftigen Alltag einer somatischen Praxis, kann verunsichern. Vor allem diejenigen sind frustriert, welche sich in der traditionellen Rolle des Arztes als Wissender oder gar als Heiler sehen.

Aber gerade dann, wenn wir mit unserem selbstverständlichen Tun an Grenzen kommen, an einen kritischen Punkt, wenn eine „Lücke“ entsteht, sind wir oft besonders offen und zugänglich für Anderes, Neues, Fremdes. Deshalb vertreten wir in unserem Institut einen humanwissenschaftliche Ansatz, d.h. wir beziehen im IHM Erkenntnisse aus anderen wissenschaftlichen Bereichen v.a. auch aus geisteswissenschaftlichen mit ein: Psychologie, Anthropologie, Ethnologie, Philosophie, Soziologie, Psychoanalyse etc.. Sie bilden die Grundlage für ein umfassenderes Verständnis und einen angemesseneren klinischen Umgang mit unseren „schwierigen“ Patienten. Doch für ein gutes „Containing“ oder empathisches Spiegeln, Halten und Aushalten schwieriger Patienten, braucht es oft Ruhe, Geduld, Wärme und selbstreflexive Fähigkeiten, kurz, eigene gute emotionale Ressourcen. Es ist deswegen nicht verwunderlich, dass fast alle KollegInnen, die unsere Kurse absolviert haben, den sozialen Support, die Möglichkeit zum emotionalen Austausch ihrer Erfahrungen in einer vertrauten Gruppe und damit die Überwindung der sozialen Isolation des Einzelkämpfertums, als einen wesentlichen, hilfreichen Faktor ihrer zweijährigen Ausbildung betrachtet haben.

Doch unser heutiges Tagesthema bezieht sich auf unsere **gegenwärtige** Situation, über **aktuelle** Entwicklungen wollen wir heute diskutieren. Im Folgenden will ich kurz zwei Einflussfaktoren herausgreifen, die unser Fachgebiet besonders tangieren.

Erstens: Unsere Gesellschaft ist geprägt vom marktwirtschaftlichen Denken. Dieses verlangt vom Einzelnen zur Bewältigung der immer vielfältiger werdenden Aufgaben eine effiziente Lebensmanagementkompetenz, wobei auch dem sog. Selfmarketing ein wesentlicher Stellenwert zukommt. Aber auch die Jahresberichte unserer Kliniken lesen sich trotz Beibehaltung des Begriffs „Patient“ anstatt „Kunde“ eher wie Erfolgsberichte von (Hotel-) Unternehmen. Alle Spezialabteilungen unserer Kliniken sind heute sog. Marktbereiche, die natürlich wachsen müssen (sogar die Psychogeriatric).

Auch die Arzt-Patientenbeziehung hat sich in den letzten Jahren durch die Ökonomisierung der Medizin verändert, d.h. der Patient wurde zum Kunden oder Konsumenten medizinischer Dienstleistungen; der Arzt wird ein durch die Versicherer kontrollierter Dienstleistungserbringer. In den marktgerechten Konzepten wird die APB nicht mehr persönlich gedacht, schon gar nicht mehr als eine vertrauensvolle Begegnung zweier Individuen mit emotionaler Austausch. Aber gerade dieser Reduktionismus, diese starke Einengung der APB auf **ein konkretistisches Niveau**, stellt für die psychosomatisch kranken Patienten eine besondere Gefahr dar. Bei diesen Patienten, die nicht nur in einem quasi „normalen“ Abhängigkeitsverhältnis zu ihrer Ärztin stehen, sondern in besonderer Weise Mühe haben ihre eigenen Gefühle wahrzunehmen und ihre Bedürfnisse auszudrücken, vor ihrer Erkrankung häufig sehr leistungsorientiert und überangepasst gelebt haben, sind ja selbst schon schwer **eingengt** in ihrem Denken. Sie können oft nichts anderes als auf konkretistische Reparatur ihres Körpers drängen, sei es pharmakologisch oder operativ. Wenn diese Patienten nun mit ihren Beschwerden und z.T. irrationalen Ansprüchen auf Ärzte treffen, die einfach ihren Sachauftrag erfüllen und die Ansprüche dieser angeblich autonomen oder selbstverantwortlichen Klienten 1:1 zu befriedigen versuchen, gerät die Behandlung dieser Patientengruppe ganz besonders leicht in einen grenzenlosen Aktivismus.

Auch die Einhaltung aller evidenzbasierter medizinischer Richtlinien und die heute vertraglich festgelegten Regelungen von Versicherern bieten keine Gewähr dafür, dass nicht ein **omnipotentes, leistungs- und /oder gar profitorientiertes Denken** die Bedürftigkeit dieser Kundenpatienten missachtet und schliesslich auch unsere Sozialversicherungssysteme aushöhlen und in ein zunehmend ungerechtes, asoziales System verwandeln könnte.

Damit werden die wirkungsvollsten **Sparmöglichkeiten** verpasst, nämlich genau diese Patienten durch Vertrauensbildung und adäquate Aufklärung wieder zu selbstverantwortlichen und motivierten Partner in der APB werden zu lassen, was allerdings meist einen zeitintensiven Prozess voraussetzt.

Zweitens: Nebst diesen sozialpolitischen Einflüssen, sind es v.a. die Entdeckungen der Hirnforschung und ihrer bildgebenden Verfahren, die für die Psychosomatik interessante Befunde brachten. So z.B. der permanente Auf- und Umbau von Nervenzellverschaltungen des Gehirns in Abhängigkeit dessen, was wir erleben und tun, also die erfahrungsabhängige Plastizität unserer Gehirnstrukturen. Die Plastizität spielt nicht nur in den ersten Lebensjahren eine gewaltige Rolle, sondern auch später im Leben z.B. bei Traumatisierung und Schmerzerfahrungen u.a.m., aber auch in psychotherapeutischen Behandlungen. Alle diese Befunde liefern damit den anschaulichen oder materiellen Beweis, dass die emotionale Qualität von zwischenmenschlichen Beziehungen für die menschliche Entwicklung und den Verlauf der Behandlung entscheidend ist. Dies entspricht natürlich den praktischen und klinischen Erfahrungen nicht nur psychodynamischer Psychotherapeuten, sondern aller erfahrenen, mitmenschlich engagierten Ärztinnen und Ärzte. All diese Befunde geben einer beziehungsorientierten Medizin Auftrieb, die dadurch auch etwas vom Visualisierungseffekt profitiert.

Dennoch ist die Gefahr wohl nicht zu unterschätzen, dass diese PET Befunde von stark biologisch orientierten Dienstleistern als das Leiden selbst und die seelischen Nöte unserer Patienten weiterhin auf Gehirnkrankheiten resp. defizitäre Hirnstrukturen reduziert werden. Damit gerät natürlich **das Subjekt in seinem eigenen Erleben und in seiner mitmenschlichen und kulturellen Abhängigkeit** wieder aus dem Blickfeld und schliesslich profitiert

v.a. die Pharmaindustrie von den anschaulichen Veränderungen in den Hirnscanns.

Wie also, müssen wir uns fragen, können wir psychosomatisch tätigen Ärzte im heutigen sozialpolitischen Umfeld mit unserem aktuellen neurobiologischen Wissensstand für eine Medizin eintreten, in der die Person des Patienten als soziales und kulturabhängiges Subjekt respektiert wird. Wie können wir eine Medizin betreiben, die die geistig-seelische Dimension nicht einem simplen konkretistischen Aktivismus opfert und uns überdies selbst als Behandelnde nicht befriedigt, ja uns langweilt, uns keine Freude am Beruf mehr macht, oder gar überfordert, so dass wir selbst dabei ausgebrannt werden (vgl. Sonntagsblick: „Jeder 7. Arzt hasst seine Patienten“)

Wie können wir aus einer humanwissenschaftlichen Perspektive das Subjekt mit seinem persönlichen Leiden wahrnehmen und verstehen, respektive dessen **verborgenen Sinn** entdecken. Denn das Leiden verbirgt oft vitale Wünsche und Sehnsüchte und leitet nicht selten durch die Krise eine Neuorientierung ein. Doch dazu gilt es erst einmal die **schwer erträglichen Gefühle** zuzulassen, die uns mit der **Endlichkeit** unseres Körpers, unserem Alter und unserer Abhängigkeit von menschlichen Beziehungen in Berührung bringen.

In der Psychosomatik bedeutet dies, die Arzt-Patientenbeziehung in einer spezifischen Weise ins Zentrum unserer Wahrnehmung zu stellen und zu gestalten. Die Integration vielschichtiger Informationen aus der Körperebene, aus widersprüchlichen affektiven Wahrnehmungen bei uns selbst und beim Patienten führt zu einem **gemeinsamen** Verständnis des Leidens des Patienten, d.h. zu einem Verständnis, das sowohl der Patient wie der Arzt **teilt**. Oder, und das ist bereits ein wichtiger Schritt, mit dem Patienten wenigstens das Gefühl von Nichtwissen, Ohnmacht oft sogar von Scheitern zu teilen und sich mit ihm gemeinsam über das An-Grenzen-Stossen auseinanderzusetzen, d.h. gerade die Grenzen nicht zu ver-

leugnen und die Beziehung zu ihm gleichzeitig aufrechtzuerhalten. Hier wird, so hoffe ich, unsere heutige Diskussion ansetzen!

Damit kommen wir zum Initiator unserer heutigen Tagung. Er wollte ganz im Hintergrund bleiben, aber ich erlaube mir doch noch, ein paar Sätze über ihn zu sagen. Die Idee zu diesem multidisziplinären Diskurs stammt von Guido Mattanza. Guido blickt selbst über eine reiche ärztliche Erfahrung in seinem Leben zurück, so hat er als Assistent in Afrika gearbeitet, später eine Landarztpraxis in Graubünden geführt und ist schliesslich Psychiater geworden mit einer Jungschen Psychotherapieausbildung. Er hat sich mit aktuellen und heiklen berufspolitischen Themen auseinandergesetzt (WZW) und sich in den letzten Jahren auch intensiv mit Psychotherapieforschung befasst (siehe die PAL-Studie, ebenfalls auf dieser Homepage).

Für die Organisation dieser Tagung ergriff **er** die Initiative und stellte unser hochkarätiges Referentengremium zusammen, welches sich aus verschiedenen Perspektiven zum Thema „Medizin an den Grenzen“ äussern wird. Guido Mattanza war es ein Anliegen, über das biopsychosoziale Modell hinaus auch noch eine weitere Dimensionen wie die Religiosität und die Spiritualität in den Diskurs einzubeziehen und ihre Bedeutung auch im Kontext der Grundversorgung zu diskutieren.

Mit seiner Ankündigung der Input-Referate **ohne Titel** hat er uns alle in Spannung versetzt, und nun hoffen wir auf eine angeregte Diskussion unter der Leitung von Ellinor von Kauffungen.

Frau von Kauffungen muss ich wohl nicht lange vorstellen, sie ist eine bekannte Journalistin sowie Radio- und Fernsehmoderatorin und Redaktorin in politischen und Wirtschaftssendungen und einige Jahre auch Gastgeberin in „Musik für einen Gast“ in Radio DRS 2, ausserdem ist sie Inhaberin eines eigenen Kommunikationsunternehmens.