

Sprechende Medizin im Sprechzimmer –

Psychosomatische Grundkenntnisse fördern die Kommunikative Kompetenz und die Zufriedenheit von Ärzten¹

Narrative-based Medicine in the Consultation Room

Basic Knowledge in Psychosomatic Supports the Doctors' Communicative Competence and their Professional Satisfaction

Autor

P. E. Frevert

Schlüsselwörter

- sprechende Medizin
- Psychosomatische Grundversorgung
- Balintgruppen
- kommunikative Kompetenz
- Ärztliche Kommunikation

Key words

- narrative-based medicine
- psychosomatic basic care
- balint-groups
- communicative competence
- medical communication

Zusammenfassung

Balintgruppenarbeit dient nicht nur der ärztlichen Qualitätssicherung durch Selbstevaluation, sondern eignet sich in besonderem Maße für die Professionsentwicklung, indem die Selbst- und Fremdbeobachtung zur Beziehungsdiagnostik herangezogen werden kann [1]. Damit wird die „sprechende Medizin“ in erster Linie zur „zuhörenden Medizin“, die es dem Arzt ermöglicht, hinter der Präsentation des Symptoms seines Patienten ein Beziehungsangebot zu erkennen und mit ihm nicht nur die somatische, sondern auch die damit verbundenen affektiven und lebensgeschichtlichen Dimensionen zu explorieren. Die kommunikative Kompetenz ist in der Regel nicht Teil der medizinischen Ausbildung und wird in vielen medizinischen Weiterbildungsangeboten kaum berücksichtigt. Wenn Ärzte, die keine psychosomatische oder psychotherapeutische Spezialisierung aufweisen, sich für eine ganzheitliche Herangehensweise interessieren, erfahren sie, wie eine gute ärztliche Behandlung immer eine gute ärztliche Kommunikation voraussetzt. Daraus ergibt sich für Ärzte mehr Zufriedenheit mit dem Arztberuf. Die Psychosomatische Grundversorgung ist ein solcher Ansatz, der es Haus- und Fachärzten ermöglicht, kompetenter mit Patienten zu sprechen. Die Balintgruppenarbeit ist als Bestandteil für die Psychosomatische Grundversorgung nicht nur gesetzlich vorgeschrieben, Psychosomatische Grundversorgung ist letztendlich selbst Balintgruppenarbeit im weitesten Sinne.

Abstract

Working with Balint-groups is not only important for the medical quality assurance via self-evaluation but is also very suitable for the development of the profession by using the observations of the self and of others for the diagnostic of relationship. In this way narrative based-medicine is turned into a mainly “listening-based medicine” which allows the practitioner to recognize not only the presented symptoms, but also its somatic dimension in association with the affective and biographical dimension which offers the possibility to work on the relationship. The communicative competence is usually not part of the medical education and is not taken into consideration in most of the medical advanced training opportunities. If doctors, who do not have psychosomatic or psychotherapeutic specialization, are looking for a holistic approach, they experience that a good medical treatment always requires a good medical communication. This results in a greater satisfaction with the medical profession. The psychosomatic primary care represents such an approach, helping family doctors and specialists to communicate in a more qualified manner with their patients. Balint-groups as an element of psychosomatic basic care are not only prescribed by law, in the end Psychosomatic Basic Care itself turns out to be Balint-groups work in the broadest sense of the term.

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1559661>
 Balint 2015; 16: 80–83
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 1439-5142

Korrespondenzadresse

Pierre E. Frevert

Oeder Weg 9
 60318 Frankfurt
 info@pierre-frevert.de

¹Vor 27 Jahren wurde in Hessen die Psychosomatische Grundversorgung als regelmäßige Fortbildungsveranstaltung von Hausärzten und Fachärzten im Rahmen der oben genannten Akademie durch W. Schüffel, dem Nestor dieses Faches, mit L. Rackwitz, G. Maaß und U. Brucks† unter den ehemaligen Leitern der Akademie H. Kerger†, J. Rheindorf und F. Anschütz† und später W. Loch eingeführt. Der Autor nahm 1988 als Teilnehmer an dem ersten Kurs teil. 2003 wurde er Dozent dieses Curriculums und übernahm 2012 nach dem Ausscheiden von W. Schüffel die wissenschaftliche Leitung unter der Co-Leitung von

W. Merkle. Inzwischen wird diese sehr erfolgreiche Fortbildungsveranstaltung zusammen mit dem Team aus den Dozentinnen und Dozenten R. Adam, D. Atmanspacher, F. Heidler, A. Schoeppner, R. Stolte und T. Wirth fortgeführt und weiterentwickelt. Der vorliegende Beitrag ist eine überarbeitete Fassung eines Vortrages, der ursprünglich auf der Tagung „Bad Nauheimer Interdisziplinäre Tage“ unter der Überschrift „Entwicklung der Sprechenden Medizin in Deutschland“ der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Hessischen Landesärztekammer am 01.11.2014 gehalten werden sollte.

Sprechen als Medizin



Die „sprechende Medizin“ wird als jener Teil der Medizin bezeichnet, der sich dem Heilen durch die Worte, wie es Sokrates verstand, widmet, jener Medizin, die das Ärztliche Gespräch in Diagnostik und Therapie in den Mittelpunkt stellt. Die westliche Medizin wird seit den Darstellungen des Hippokrates durchgehend als somatisch, biologisch und reduktionistisch angesehen, meint Wirsching [2], auch wenn sich eine mehr holistische, die Psyche berücksichtigende Sichtweise bis heute erhalten habe. „Die großen Erfolge in den Naturwissenschaften und auch in der Medizin haben dazu geführt, dass man diese kommunikativen Aspekte eher vernachlässigt hat. Das kann man unter anderem auch am Abrechnungssystem sehen, dort werden technische Maßnahmen durchweg besser honoriert als das Gespräch,“ stellt Urban Wiesing, Direktor des Tübinger Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin in einer Sendung des SWR2 [3] fest und sein Kollege, der Ärztliche Direktor der Psychosomatik am Uniklinikum Tübingen, Stephan Zipfel, sekundiert in der gleichen Sendung: „An vielen Stellen ist mein Eindruck, dass die Kommunikation mit den Patienten leidet, dass dafür nicht genug Zeit ist, und dass auf der anderen Seite wir sehr schnell dabei sind, einen Patienten in die nächste diagnostische Schleife zu schicken“.

Als „Sprechende Medizin“ werden heute jene medizinischen bzw. psychotherapeutischen Verfahren bezeichnet, die das Psychische nicht vom Somatischen trennen. Dass Sprechende Medizin wirkt, ist Neurowissenschaftler schon länger bekannt. Ungünstige Stressoren wie Traumata, besonders in frühester Kindheit, sehen sie als Ursache für psychische und psychosomatische Erkrankungen, weil hierdurch neuronale Netzwerke verändert werden. Wiederum: „Psychotherapie („Sprechende Medizin“) wirkt, indem sie ihrerseits das Gehirn verändert!“[4];

Psychische Erkrankungen nehmen zu

Die psychisch bedingten Krankheitsfälle nahmen im Zeitraum von 2004 bis 2011 von 8,3 auf 14,1 Prozent aller Krankheitsfälle zu. Bei den Frühberentungen nehmen die psychischen Erkrankungen einen wachsenden Anteil an. Auch kam es zu einem deutlichen Anstieg der Fehltagel. So blieben Arbeitnehmer 2011 durchschnittlich 39,5 Tage zu Hause wegen psychischer Erkrankungen gegenüber 21,9 Ausfalltagen, wenn die Diagnose Herz- und Kreislauferkrankung lautete [5]. Ob es eine zunehmende Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung gibt, wird indes auch kritisch gesehen. So weist Jacobi [6] daraufhin, dass sich in den wenigen Studien, in denen psychische Störungen über längere Zeiträume nach dem Zweiten Weltkrieg vergleichbar erfasst wurden, keine dramatische Zunahme erkennen ließ. Diskutiert wird eine Verlagerung von somatischen Diagnosen, die auch Patienten mit psychisch bedingten Erkrankungen einschlossen, wie bspw. Muskelerkrankungen, hin zu mehr expliziten psychischen Erkrankungen. Dennoch räumt auch Jacobi ein, dass die Studienlage zeigt, dass psychische Erkrankungen von Hausärzten ungenügend als solche erkannt werden und auch dann eine adäquate Behandlung aus verschiedenen Gründen unterbleibt.

Der Hausarzt – Ansprechpartner für psychisches Leid

In Deutschland befinden sich etwa 90% der Bevölkerung in hausärztlicher Betreuung und der Hausarzt ist auch der erste Ansprechpartner für Patienten mit psychischen Störungen [7]. Eine im Herbst 2008 durchgeführte Erhebung der Bertels-

mann-Stiftung an 1500 Erwachsenen ergab, dass nur 8,4% der Patienten mit einer psychische Erkrankung von den Hausärzten richtig diagnostiziert wurden gegenüber 52,6% von Fachleuten, obwohl 87% den Hausarzt als ersten Ansprechpartner nannten und 66 Prozent bei seelischen Problemen ihn sogar ausschließlich konsultierten [8,9]. Patienten wenden sich an den Hausarzt vornehmlich mit körperlichen Symptomen, da es ihnen oft schwer fällt, über ihr seelisches Leiden zu sprechen. Hinzu kommt, dass Hausärzte und auch Fachärzte schon aus Zeitgründen den Patienten kaum ausreichend Raum lassen, seine diesbezüglichen Symptome zu schildern. Rabe Messen zitiert eine Studie von Kruse und Kollegen [10] wonach Hausärzte, die psychosomatische Störungen übersehen, ihren Patienten im Durchschnitt 1,8min Redezeit gaben gegenüber durchschnittlich 3,5min Redezeit bei jenen, die psychosomatische Störungen entdeckten. Bereits ältere Studien hatten herausgefunden, dass Ärzte in über zwei Drittel der Fälle bereits nach 15s ihre Patienten unterbrechen [11]. Dies tun Ärzte aus der Notwendigkeit heraus, innerhalb knapper Zeitressource effektiv die Informationen zu erhalten, die ihnen für die Entscheidung weiterer Diagnostik bzw. Therapieschritte von Belang erscheinen. Da aber psychische Symptome von den Patienten selten explizit genannt werden oder als rein körperliche Beschwerden vorgebracht werden, besteht die Gefahr, dass psychische Erkrankungen unterdiagnostiziert werden.

Psychosomatische Kompetenz in der Weiterbildung

Die Entwicklung der Psychosomatischen Medizin hat von Anfang an versucht, den Graben zwischen den Ärzten, die sich (fast) ausschließlich der Behandlung der Körperlichen Erkrankungen widmeten und jenen, die (fast) ausschließlich für die seelischen Erkrankungen zuständig waren und sind, wie etwa die Psychiater oder die Psychologen, zu überwinden. Dabei gab es immer eine Kontroverse zwischen jenen Vertretern, die das Fach als eigene Disziplin sahen und jenen, die die psychosomatische Sichtweise als ubiquitären Teil aller medizinischen Fächer betrachteten, wie etwa Petzold, für den die Psychosomatische Medizin keine Spezialdisziplin ist, sondern eine Betrachtungsweise, die sich auf sämtliche Fächer der Medizin bezieht [12]. Der Umstand, dass einerseits die Versorgung der Bevölkerung, die unter unterschiedlich ausgeprägten psychischen und psychosomatischen Beschwerden leidet, in der Fläche ungenügend sichergestellt werden konnte und andererseits, die direkten und indirekten Kosten psychischer Erkrankungen stiegen – bspw. betrug 2008 die direkten Kosten durch psychische Erkrankungen 28,6 Milliarden Euro/Jahr und die indirekten Kosten wegen Produktionsausfall 26 Milliarden Euro/Jahr sowie durch Verlust an Bruttowertschöpfung weitere 45 Milliarden Euro/Jahr, wie die Bundespsychotherapeutenkammer mitteilt [13] – veranlasste die Bundesregierung zusammen mit Wissenschaftlern den Bedarf und die Umsetzung einer Psychosomatischen Grundversorgung in Deutschland zu erfassen und als Instrument einer spezifischeren Krankenbehandlung in die Fort- und Weiterbildung der Ärzte festzuschreiben. Durch die Psychosomatische Grundversorgung soll der Arzt im Krankenhaus oder in der Praxis befähigt werden, eine differenzialdiagnostischen Abschätzung des Anteils psychosozialer Belastungen und Probleme, unabhängig vom jeweiligen Krankheitsbild (z.B. Krankheitsverarbeitungsprobleme, psychosomatische Wechselwirkungen oder originär psychische Störungen) vorzunehmen [14]. Schon 1983 hatte W. Schüffel, von 1976 bis 2005 Direktor der Psychosomatischen Klinik des Zentrums für Innere Medizin der

Philipps-Universität Marburg, begonnen, Fort- und Weiterbildungszirkel für eine psychosomatische Grundversorgung (PGV) einzurichten, aus der das Curriculum Psychosomatische Grundversorgung hervorgehen sollte [15]. In Freiburg waren es Wirsching, in Heidelberg Petzold und Bergmann, in Dortmund Jansen, die hierzu Curricula entwarfen, bevor 1994 der Vorstand der Bundesärztekammer die Einrichtung eines Arbeitskreises "Psychosomatische Grundversorgung" beschloss. Festgeschrieben wurde ein bis heute gültiger 80-Stunden-Kurs von jeweils 20 Stunden Theorie, 30 Stunden praktische Übungen, 30 Stunden Balintgruppe. Die Forderung der Expertenkommission nach einem Mustercurriculum mit didaktisch fundierter Theorie- und Interventionsstrategievermittlung, einer Basisdokumentation und einer Evaluation wird zumindest an universitär gebundenen Instituten oder an jenen, die den Landesärztekammern zugeordnet sind, erreicht. Die Forderung hingegen, die Psychosomatische Grundversorgung in die Weiterbildungsordnung sämtlicher medizinischer Fächer als Baustein zu integrieren ([16]; S. 5) ist von wenigen Ausnahmen (u. a. gibt es feste Curricula für Allgemeinmedizin, Gynäkologie) noch unzureichend umgesetzt worden.

Ein Modell ganzheitlicher Vermittlung der PGV

Die meisten Curricula halten sich an die Stundenvorgaben und bieten neben den Balintgruppen auch das Erlernen von Interventionstechniken im Rollenspiel, manchmal auch mit Videoaufzeichnung. Meist findet sich die Einteilung der Theorie, verbalen Interventionen und Balintgruppenarbeit didaktisch klar getrennt; wie bspw. in den Curricula der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin in Berlin, der Ärztekammer Westfalen-Lippe oder der Universität Freiburg. W. Schüffel und G. Maaß starteten 1988 in der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Hessen das „Curriculum Psychosomatische Grundversorgung“ mit einem ganzheitlich, psychodynamisch inspiriertem Konzept, bei welchem heute Theorievermittlung, Balintgruppenarbeit, Patientengespräche, Reflexion und non-verbale Methoden integriert und zu Blockseminaren verdichtet werden.

Das Herzstück bildet das Patientengespräch. Hierbei nehmen ein Hausarzt und sein Patient an einem Gespräch mit einem Dozenten teil. Anschließend wird im Beisein des Patienten und des Hausarztes interaktiv die biografische Anamnese des Patienten in Bezug auf seine Krankheiten und seine Beziehungswelt entlang eines Hauptsymptoms durch die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte (als „Konsil“) und der Moderation des Dozententeams erarbeitet. Den Teilnehmern erschließt sich die multidimensionale Herangehensweise, die ihnen in den Balintgruppen und den ausführlich analysierten Patientengesprächen begegnet, erst nach und nach. Grund dafür ist, dass die Teilnehmer durch die Dichte der leibhaftigen sowie affektiv getriggerten Erfahrung im gruppenspezifischen Prozess des Seminars zunächst emotional berührt werden und sich erst im „nächsten Schritt“ über das Erlebte gewahr werden, sich austauschen und reflektierend Schlüsse ziehen können. Mit jedem weiteren Wochenendseminar kristallisiert sich für die Teilnehmer die Struktur der Lerninhalte anhand der Patientengespräche und ihrer gemeinsamen ausführlichen Besprechung klarer heraus. Für die Teilnehmer ist die Erfahrung aus dem Seminar und den Balintgruppen, dass ihre emotionalen Einfälle ebenso wie ihre Lösungsvorschläge nicht bewertet werden, recht neu. Es gilt, dass „kognitive Strukturierungen und Objektivierungen“ das „ergänzen und erweitern (...), was emotional wahrgenommen wird. Nicht umgekehrt“ [17].

Diese Form der Fortbildung ist eng mit Balints Vorstellung von Selbst- und Fremdbeobachtung verbunden, was sich nicht nur in den integrierten Groß- und Kleinbalintgruppen in jedem Seminar widerspiegelt, sondern insbesondere im Arztpatientengespräch, da dieses unter den Aspekten der somatischen, affektiven und Übertragungsphänomene durch und für alle Beteiligten nach- und aufgearbeitet wird. Die Gespräche mit den Patienten werden von den Dozenten symptomorientiert geführt. So bieten sie den vorwiegend somatisch arbeitenden Ärzten unmittelbare Anknüpfungspunkte. Es wird nach den Zusammenhängen zwischen der wiedererinnerten Lebens-Geschichte des Patienten (griechisch ἀνάμνησις – Anamnesis) und seiner Kranken-Geschichte gesucht und anhand eines Hauptsymptoms die mögliche Bedeutung des Symptoms für den Patienten aufgeschlüsselt, die ein tieferes Verständnis seiner bewussten und unbewussten Motive jenseits von Sprache und Symbolisierung erlaubt. Besonderer Wert wird auf die körperlichen Botschaften des Patienten gelegt, die sein unmittelbares Angebot für die Kommunikation mit seinem Arzt darstellen. Um die gewichtigen nonverbalen Anteile der Arzt-Patienten-Beziehung den Ärzten zugänglich und präsent zu halten, werden die Teilnehmer zu Beginn eines Seminars zu kunsttherapeutischen Übungen durch den Kunsttherapeuten angeleitet. Während die Teilnehmer sich während des Patientengesprächs Notizen anfertigen, fertigt der Kunsttherapeut ein Bild und sammelt hierzu die freien Einfälle der KursteilnehmerInnen zu dem angefertigten Bild in Bezug auf das Arzt-Patienten-Gespräch. Eine Körperübung erlaubt es den Teilnehmern, sich zwischen 2 Theorieteilen physisch zu entspannen und sich danach besser zu konzentrieren. So werden die nichtsprachliche und die körperliche Dimension in den Lernprozess hereingeholt und konzeptualisiert, wie es in psychosomatischen Kliniken längst der Fall ist. Das Dozententeam ist während und zwischen den Curriculums-Wochenenden in einem ständigen Austauschprozess darum bemüht, den TeilnehmerInnen nicht nur leitlinienorientiertes Wissen zu vermitteln, sondern durch die interaktive Vermittlung der Inhalte und das Einbeziehen von Kognition, Affekt und Körpersensationen, wie es aus der Balintforschung bekannt ist, einen alle Sinne erfassenden Zugang zur Arzt-Patienten-Beziehung zu ermöglichen. In der von der langjährigen Dozentin, Frau L. Rackwitz entwickelten „Dreierkonstellation“ haben die teilnehmenden Ärzte in einer sehr knappen Zeit, die etwa der Dauer der gängigen Patientenkontakten in den Praxen nachempfunden ist, d. h. zwischen 5 und maximal 10 min, die Möglichkeit, einen Fall aus ihrer Praxis oder ihrem Krankenhaus vorzustellen und den Rat der Kollegen im Seminar einzuholen. Für das zentrale Arzt-Patienten-Gespräch erwarten die Kursveranstalter von den TeilnehmerInnen die Bereitschaft, eigene Patienten in deren Anwesenheit im Kurs vorzustellen und das weitere Vorgehen, beschrieben als „Nächster Schritt“ im Plenum zu besprechen, d. h. den Rat der Anderen einzuholen [18]. Die curricularen Themen sind organbezogen mit besonderem Augenmerk auf die somatoformen Störungen². Neben entwicklungspsychologischen Grundkenntnissen ist die Vermittlung der Konzepte von Übertragung und Gegenübertragung in der Arztpatientenbeziehung und die Fähigkeit zur Simultandiagnostik, d. h. gleichzeitig sowohl die somatischen als auch die psychischen Beschwerden

² Die S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“, AWMF-Reg.-Nr. 051-001 ist die wichtigste Leitlinie der PGV und deckt sich weitgehend mit den Kursinhalten unseres Curriculums.

des Patienten erfassen, ein zentrales Anliegen. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten berichten nach den ersten Blockseminaren über größere Zufriedenheit, auch im Umgang mit schwierigen Patienten.

„Sprechende Medizin“ ist „zuhörende Medizin“

Zusammengefasst wird im Curriculum Psychosomatische Grundversorgung das Symptom „zum entscheidenden Schrittmacher“ [19]. In einer lösungsorientierten Gruppenarbeit in Gegenwart des Patienten entwickelt sich ein Gespräch zwischen Arzt und Patient, das über die Herausarbeitung der Bedeutung des Symptoms und nach der Erstellung einer Verdachtsdiagnose zur Einleitung des „nächsten Schrittes“ führt. Dieses Curriculum hat sich nicht nur aus den Anamnese-Gruppen der 70er- und 80er Jahre entwickelt, sondern in ganz besonderem Maße aus der Weiterentwicklung des Konzeptes der ‚training-cum-research‘-Gruppen Balints auf die Vermittlung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient in einem Fortbildungskurs. Zurück zur „sprechenden Medizin“. Für Trenkel [20]; muss der Arzt „vielmehr Sorge tragen, dass der Patient selber zu Wort kommt und das Gespräch mit ihm eine dialogische Gestalt findet. Dies bedeutet, dass der Kranke einen mindestens gleichgroßen und auch – wertigen Anteil am Gespräch erhält, d.h. dass der Arzt seinem Gegenüber einen mindestens gleich großen Raum überlassen kann, dass es diesem möglich wird, den Arzt seinerseits als ein Gegenüber zu erleben, das ihm zuhört und antwortet“. Hier wird das reziproke Verhältnis zwischen Arzt und Patient angesprochen, was auf Respekt begründet ist, ohne die Machtdysbalance zu negieren. Wenn das „Sprechzimmer“ des Arztes diesen Namen verdienen soll, dann bedeutet ärztliche Kunst, dass der Arzt seinem Patienten einen Raum bietet, in welchem beide „sprechen“ und „hören“ können, der Arzt möglichst einfühlsam über eine schwierige Diagnose oder über die Ängste seines Patienten, die sich hinter somatischen Beschwerden verbergen, ohne dabei den pathologischen Befund zu unterschlagen.

Zur Person

▼
Pierre E. Frevert ist FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/ FA für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychoanalytiker (DPV/IPA) in freier Praxis. Er arbeitet zudem als Supervisor (DGSv) und Balintgruppenleiter (Deutsche Balintgesellschaft). Er ist wissenschaftlicher Leiter des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen und Dozent am Frankfurter Psychoanalytischen Institut für die Tiefenpsychologisch fundierte Ausbildung von Ärzten und Psychologen sowie Dozent für die berufsbegleitende Weiterbildung für Psychiatrische Fachpflege am Fachbereich Sozialwesen, Pflege, Gesundheit an der University of Applied Sciences in Frankfurt am Main.

Ihre Meinung zu diesem Artikel können Sie gerne der Redaktion mitteilen (geschaeftsstelle@balintgesellschaft.de).

Literatur

- 1 Kornelia Rappe-Giesecke Vorwärts zu den Wurzeln – Balint-Gruppenarbeit aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht. *Balint-Journal* 2000; 2: 36–42 hier S. 38/9
- 2 *Wirsching Psychosomatische Medizin*. Konzepte, Krankheitsbilder Therapien. 2. Aufl. München: Verlag C. H. Beck; 2003
- 3 Sprechende Medizin Wie Ärzte mit Patienten reden Autorin: Sabine Stahl Sendung: Donnerstag, 21.11.2013, 8.30 Uhr, SWR 2
- 4 *Ruegg JC*. Gehirn, Psyche und Körper. Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 2006: 144
- 5 *BKK Gesundheitsreport*. 2012; Deutsche Rentenversicherung Bund; BMAS In: [//psyga.info/fileadmin/user_upload/Presse/Daten-_und_Faktenblatt_psyGA.pdf](http://psyga.info/fileadmin/user_upload/Presse/Daten-_und_Faktenblatt_psyGA.pdf)
- 6 *Jacobi F*. TU Dresden: Nehmen psychische Störungen zu? *reportpsychologie* 2009; 34: 16–28
- 7 *Schneider F, Niebeling W*. Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis. Heidelberg: Springer; 2008
- 8 Die Welt 05.06.2009, Hausarzt übersieht psychische Probleme häufig <http://www.welt.de/gesundheit/article3678598/Hausarzt-uebersieht-psychische-Probleme-haeufig.html>
- 9 *Rabe-Mensen C*. Zum Problem der niedrigen Erkennungsrate psychischer Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung. *Psychotherapie Aktuell* 2009; 2: 16–19
- 10 *Kruse J, Schmitz N, Wöller W, Heckrath C, Tress W*. Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten? *Psychother Psych Med* 2004; 54: 45–51
- 11 *Bucka-Lassen E*. Das schwere Gespräch. Einschneidende Diagnosen menschlich vermitteln. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2002
- 12 *Petzold ER*. Das Arbeitsbündnis mit dem Patienten. In: Luban-Plozza B, Otten H, Petzold UER. Grundlagen der Balintarbeit. Beziehungsdiagnostik und -therapie. Leinfelden-Echterdingen; Bonz: 1998: 80–84
- 13 Bundespsychotherapeutenkammer am 04. Mai 2012: Anteil betrieblicher Fehltag durch psychische Erkrankungen verdoppelt. Antwort der Bundesregierung auf Kleine Anfrage der LINKEN In: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/anteil-betri.html>
- 14 *Kruse W, Cierpka M, Wirsching M, Saß H*. Psychosomatische Grundversorgung: Erheblicher Nutzen. *Dtsch Arztebl* 2001; 98: A-2396/B-2046/C-1919
- 15 *Schüffel W, Merkle W, Frevert P, Rackwitz L, Atmanspacher D, Schoepner A*. Freude haben an der Fortbildung. Psychosomatische Grundversorgung. Bewegendes Seminar, Symptomzentrierung und Sinnfindung. *Hessisches Arzteblatt* 2008; 2: 88–90
- 16 Curriculum Psychosomatische Grundversorgung – Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen einschließlich Aspekte der Qualitätssicherung – 2. Auflage (Hrsg.). Bundesärztekammer ISSN 0945-1951 NE: Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Band 15. 2001;
- 17 *Petzold ER*. Der Purzelbaum: Ein Bericht über die 22. Wartburggespräche. *Balint-Journal* 2014; 15: 91–93
- 18 *Schüffel W*. Das Erstgespräch aus ärztlich-phänomenologischer Sicht: Symptomzentriert. *Psychodynamische Psychotherapie (PDP)* 2005; 4: 68–84
- 19 *Schüffel W*. Medizin ist Bewegung und Atmen. Vom Elend in die Armut und wie aus Wüste Würde wird. Halle: Projekte-Verlag Cornelius GmbH; 2009: 261
- 20 *Trenkel A*. Das ärztliche Gespräch bei Balint – Versuch einer Wesensbestimmung des therapeutischen Dialogs. Luban-Plozza B, Otten H, Petzold UER. Grundlagen der Balintarbeit. Beziehungsdiagnostik und -therapie. Leinfelden-Echterdingen; Bonz: 1998: 54–57