

Mit besten Empfehlungen  
überreicht durch



Nycomed Pharma

 SpringerWienNewYork

Gabriele Moser (Hrsg.)

# Psychosomatik in der Gastroenterologie und Hepatologie

Univ.-Prof. Dr. Gabriele Moser

Univ.-Klinik für Innere Medizin III

Währinger Gürtel 18-20

1090 Wien

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt.

Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdruckes, der Entnahme von Abbildungen, der Funksendung, der Wiedergabe auf photomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Buch berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Produkthaftung: Sämtliche Angaben in diesem Fachbuch erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung und Kontrolle ohne Gewähr. Insbesondere Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eine Haftung des Autors oder des Verlages aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen.

© 2007 Springer-Verlag/Wien • Printed in Austria

Springer-Verlag Wien New York ist ein Unternehmen von

Springer Science+Business Media

springer.at

Umschlagbild: Getty Images / Doctor and Patient

Layout: Martin Gaal

Lektorat: Mag. Angelika Heller

Satz: Grafik Rödl, 2486 Pottendorf, Österreich

Druck: Druckerei Theiss GmbH, 9431 St. Stefan, Österreich

Gedruckt auf säurefreiem, chlorfrei gebleichtem Papier – TCF

SPIN: 11752370

Mit 25 Abbildungen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN-13 978-3-211-69158-8 Springer-Verlag Wien New York

*Für meine  
Eltern*

# Danksagung

Einen besonderen Dank möchte ich an dieser Stelle meinen Studierenden des Wahlfaches für „Psychosomatik in der Gastroenterologie“ aussprechen, die durch anregende Diskussionen, Literaturrecherchen und Seminararbeiten einen wesentlichen Beitrag für die Entstehung dieses Buches geleistet haben. Weiters gebührt besonderer Dank Fr. Bettina Haller für das Korrigieren der Literaturzitate und Prof. Dr. Clemens Dejaco für das Lektorieren ausgewählter Kapitel.

Nicht zuletzt möchte ich einen herzlichen Dank meinen PatientInnen aussprechen, die mir immer wieder neue Aspekte der Krankheiten lehren. Meine Hochachtung und Dank haben vor allem jene Betroffene, die in diesem Buch ihre Leidensgeschichte eindrucksvoll wiedergeben und sich in Selbsthilfegruppen engagieren.

# Vorwort

Die zunehmende Technologisierung in der Gastroenterologie und Hepatologie führte – wie in vielen anderen internistischen Subdisziplinen auch – dazu, dass die Beziehung zu Kranken, das ärztliche Gespräch und die psychosoziale Dimension des Leidens immer stärker in den Hintergrund gedrängt werden. Kenntnisse in der Endoskopie, ERCP, im Ultraschall, Indikationen und Beurteilung von neuen bildgebenden Verfahren usw. erlangen eine immer größere Bedeutung (und Honorierung). Auch in der Forschung und der Lehre vermitteln zahlreiche Publikationen und Lehrbücher in der Gastroenterologie und Hepatologie ein primär biomedizinisches Wissen. Dies brachte einen Wandel mit sich, indem „zeitaufwendige“ Gespräche mehr denn je als nicht honorierter Störfaktor in der Praxis wahrgenommen werden, auch wenn von ärztlicher Seite mehr Zeit für eingehende Beschäftigung mit den PatientInnen gewünscht wird. Da in der Gastroenterologie die beinahe größte zu betreuende PatientInnengruppe jene mit funktionellen gastrointestinalen Störungen darstellt, wird diese Diskrepanz insbesondere von den Betroffenen besonders beklagt. Aber auch PatientInnen mit anderen chronischen Erkrankungen wie jene mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen bedürfen bei derzeit unheilbarem Verlauf (und zumeist jungem Erkrankungsalter) einer besonderen zeitaufwendigen Betreuung mit integrierter Beachtung der psychosozialen Situation im Verlauf der lebenslangen Krankheit.

Einer der weltweit Führenden in dem Bereich der „Psychosomatik in der Gastroenterologie“ ist Dr. Douglas Drossman, Professor für Gastroenterologie und Psychiatrie an der University of North Carolina, USA. Er ist nicht nur ein anerkannter Forscher sondern auch ein exzellenter Kliniker. Im Rahmen meines Forschungsaufenthaltes an seiner Institution in den USA hat er mir vermittelt, wie die Integration der Psychosomatik in der Forschung, Lehre, aber vor allem in der PatientInnenbetreuung vorbildhaft gelebt werden kann. Er selbst war Schüler des berühmten Psychosomatikers George Engel, der das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit in den 70er Jahren beschrieb und eine integrierte psychosomatische Medizin (im Bereich der Inneren Medizin) praktizierte. Es ist mir daher eine besondere Freude und Ehre, dass Douglas Drossman und viele andere national und international anerkannte Wissenschaftler ein Kapitel in diesem Buch verfassten. Drossman beschreibt in treffender Weise die Situation der Gastroenterologie, deren Entwicklungsmöglichkeit und Zukunftsperspektive. Seine kritische Anmerkung, dass die Medizin immer mehr ein Geschäft wird und die Ausbildung am Patienten, das Gespräch mit den PatientInnen und die Arzt-PatientIn-Beziehung immer weniger berücksichtigt wird,

teilen mittlerweile immer mehr MedizinerInnen und Kranke. Tatsächlich führt der rein biomedizinische Ansatz zu einem wesentlichen Qualitätsverlust in der Medizin bei gleichzeitig steigenden Kosten und immer unzufriedeneren PatientInnen, aber auch ÄrztInnen. Aus der medizinhistorischen Sicht beschreibt Sonja Horn in ihrem Buchbeitrag, warum es nach der Abspaltung der psychosozialen Dimension in der Medizin wieder notwendig wurde, „die Psychosomatik zu erfinden“.

Es war mir daher ein Anliegen, aufgrund der häufigen Anfragen von ÄrztInnen, Studierenden und auch verzweifelten PatientInnen und deren Angehörigen nach Literatur, Lernunterlagen bzw. ein Nachschlagewerk für die wichtigsten gastroenterologischen und hepatologischen Erkrankungen zu verfassen. Anders als in herkömmlichen Lehrbüchern wird auch die psychosoziale Dimension der Krankheiten dargestellt. In diesem Sinne entstand auch die Idee, nach ausgewählten Kapiteln in kurzen Beiträgen von PatientInnen die Sichtweise und speziellen Probleme der Betroffenen ganz subjektiv widerzugeben. Die wichtige Rolle des Pflegepersonals in der psychosomatischen Versorgung wird beispielhaft für den Bereich der Endoskopie und der Betreuung von Betroffenen mit Hepatitis C im „Adhärenzprogramm“ dargestellt.

Einen breiten Raum nehmen in diesem Buch die „funktionellen gastrointestinalen Störungen“ ein, die nach der neuen Rom III-Definition beschrieben werden. Ebenso wurde den Nahrungsmittelunverträglichkeiten und der Ernährung ein Beitrag gewidmet, da hier viele Unklarheiten bei Verdauungsbeschwerden im Zusammenhang mit psychischen Faktoren bzw. Lebensqualität vorherrschen und eine zunehmende Aufmerksamkeit durch eine werbende Nahrungsmittelindustrie zu beobachten ist. Die Diagnostik und Psychopharmakotherapie psychischer Störungen bei gastroenterologischen und hepatologischen Erkrankungen und die psychopharmakologische Behandlung von viszeralem Schmerz wird von ausgewiesenen ExpertInnen der Psychiatrie für den klinischen Alltag verständlich und praktisch dargestellt. Das Phänomen des Placeboeffekts bei gastroenterologischen Erkrankungen wird in diesem Buch ebenso beleuchtet wie die Kunst der Arzt-Patient-Beziehung mit „schwierigen PatientInnen“. Nach der „Bestandsaufnahme“ über den Bedarf an psychischer Betreuung gastroenterologischer PatientInnen werden Beispiele einer integrierten psychosomatischen Versorgung von ambulanten und stationären PatientInnen mit gastroenterologischen und hepatologischen Erkrankungen beschrieben. Auch wird eine stationäre psychosomatische Abteilung mit gastroenterologischem Schwerpunkt vorgestellt. Zum Abschluss werden die wichtigsten Selbsthilfeorganisationen für gastroenterologische und hepatologische Erkrankungen Österreichs und Deutschlands aufgelistet.

Nach dem österreichischen Strukturplan (2006) sollen integrierte psychosomatische Einrichtungen in allen Schwerpunktspitälern geschaffen werden. Es ist daher notwendig, entsprechende psychosomatische Lehr-



bücher und Nachschlagwerke für alle Fachdisziplinen, insbesondere der Inneren Medizin zur Verfügung zu haben. In den Ausbildungsinhalten für das gesamte Fach Innere Medizin der Österreichischen Ärztekammer sind Kenntnisse in der fachspezifischen Psychosomatik gefordert. Der Ausbildungskatalog für das Additivfach Gastroenterologie und Hepatologie der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH, Version 2005/06) schreibt vor, Kenntnisse in der „Diagnostik und Therapie psychosomatischer Erkrankungen mit Manifestation am Gastrointestinaltrakt“ zu erwerben. Die Ausbildungsstätten sind daher verpflichtet, die Psychosomatik integriert in der Fachdisziplin im Rahmen der Patientenversorgung und auch der Lehre zu vermitteln. In der Praxis sind die geplanten psychosomatischen Ausbildungseinrichtungen noch kaum vorhandenen. Umso wichtiger ist es, sichtbar zu machen, wieviel an psychosomatischer Forschung gerade im Bereich der Gastroenterologie und Hepatologie bereits geleistet wurde und wird. Anders als in Deutschland wird in Österreich die Psychosomatik nicht in einer eigenen Facharztausbildung sondern in Form eines Zusatzfaches für alle Fachbereiche geplant (Beschluss der österreichischen Ärztekammer, 17. Mai 2006).

Dieses Buch soll den in Ausbildung stehenden MedizinerInnen, aber auch praktizierenden ÄrztInnen, GastroenterologInnen und Studierenden einen Überblick über die aktuellen Entwicklungen der psychosomatischen Forschung im Fachbereich Gastroenterologie und Hepatologie im Sinne der „Evidenz basierten Medizin“ bieten.

Selbstverständlich ist das medizinische Wissen ständig im Fluss. Obwohl die Entstehungszeit dieses Buches mit ca. einem Jahr sehr kurz war, ist es wie bei allen Bucherscheinungen möglich, dass so manche neue Publikation oder Erkenntnis noch nicht berücksichtigt werden konnte. Sofern vorhanden, wird für die detaillierte Beschreibung der somatischen Diagnostik und Therapie auf deutsche, österreichische oder europäische Leitlinien verwiesen.

Dieses Buch steht aber nicht nur dem ärztlichen Berufsstand oder Medizinstudierenden zur Verfügung, sondern bietet auch dem Pflegepersonal, interessierten Betroffenen und deren Angehörigen eine Basis für den Erwerb von psychosomatischen Kenntnissen im Bereich der Gastroenterologie und Hepatologie.

Wien, im Juli 2007

Gabriele Moser

# Inhaltsverzeichnis

	AutorInnenverzeichnis .....	XV
<b>01</b>	Erwartungen und Herausforderungen in der Gastroenterologie ..... Douglas A. Drossman	1
<b>02</b>	Stellenwert der Psychosomatik in der Gastroenterologie ..... <i>Bedeutung der Integration des biopsychosozialen Krankheitsverständnisses in die klinische Praxis</i> Gabriele Moser	12
<b>03</b>	Von der Notwendigkeit die Psychosomatik zu erfinden oder – eigentlich nichts Neues unter der Sonne? ..... <i>Beobachtungen aus der medizinhistorischen Perspektive</i> Sonia Horn	19
<b>04</b>	Das Enterische Nervensystem, die „Brain-Gut-Axis“, Stress und Verdauungstrakt ..... <i>Ein Einblick in die Neurogastroenterologie</i> Gabriele Moser, Brigitte Litschauer	25
<b>05</b>	Psychosomatische Aspekte der funktionellen gastrointestinalen Störungen ..... Gabriele Moser	36
	<i>Funktionelle gastrointestinale Störungen allgemein</i> .....	36
	<i>Funktionelle Oberbauchbeschwerden – Die funktionelle Dyspepsie</i> .....	43
	<i>Das Reizdarmsyndrom</i> .....	47
	<i>Funktionelle Obstipation</i> .....	58
	<i>Funktionelle Diarrhö</i> .....	62
<b>05.1</b>	<b>Sicht der Betroffenen</b> Reizdarmsyndrom, das subjektive Erleben der Krankheit ... Nicole Fara	67
<b>05.2</b>	<b>Sicht der Betroffenen</b> Das Reizdarmsyndrom. Selbsthilfe Betroffener mit Reizdarmsyndrom in Selbsthilfegruppen ..... Christine Strimitzer, Helmut Heger	70

<b>06</b>	Geschlecht, Alter, Gesellschaft, Kultur und PatientInnen- perspektive bei funktionellen gastrointestinalen Störungen . . . . .	73
	B. Toner, L. Chang, S. Fukudo, E. Guthrie, G. F. Locke, N. Norton, A. D. Sperber	
<b>07</b>	Placebo-Wirkungen bei Magen-Darm-Erkrankungen . . . . .	85
	<i>Empirische Befunde, theoretische Konzepte und Geschlechtsunterschiede</i> Paul Enck, Sibylle Klosterhalfen	
<b>08</b>	Stellenwert der Antidepressiva in der Schmerztherapie . . . . .	95
	Michael Bach	
<b>09</b>	Psychosomatische Aspekte der gastroösophagealen Refluxkrankheit . . . . .	101
	Gabriele Moser	
<b>10</b>	Psychosomatische Aspekte des peptischen Ulkusleidens . . . . .	108
	Gabriele Moser	
<b>11</b>	Psychosomatische Aspekte chronisch entzündlicher Darmerkrankungen . . . . .	115
	Gabriele Moser	
<b>11.1</b>	<b>Sicht der Betroffenen</b>	
	Leben mit Morbus Crohn . . . . .	137
	Thomas Feichtenschlager	
<b>12</b>	Psychische Aspekte bei gastrointestinalen Endoskopien . . . . .	144
	Gerlinde Weilguny	
<b>13</b>	Psychosomatische Aspekte der Zöliakie . . . . .	152
	H. Vogelsang, E. Krause, W. Häuser	
<b>13.1</b>	<b>Sicht der Betroffenen</b>	
	Leben mit Zöliakie . . . . .	161
	Annelies Pfeiffer	
<b>14</b>	Ernährung und Wohlbefinden – Bedeutung von Nahrungsmittelunverträglichkeiten . . . . .	165
	Dieter Genser	

<b>15</b>	Psychosomatische Aspekte chronischer Lebererkrankungen . . . . .	183
	Winfried Häuser	
<b>15.1</b>	Schulung des Pflegepersonals zur Betreuung von Betroffenen mit Hepatitis C – Die Bedeutung einer „Adherence Nurse“ . . . . .	207
	Susanne Mild	
<b>15.2</b>	<b>Sicht der Betroffenen</b> Psychische Auswirkungen der Hepatitis C . . . . .	214
	Angelika Widhalm	
<b>15.3</b>	<b>Sicht der Betroffenen</b> Psychosoziale Aspekte der Lebertransplantation . . . . .	220
	Hubert Kehrer	
<b>16</b>	Der schwierige Patient, die schwierige Patientin – Bedeutung für die Arzt-Patient-Beziehung im klinischen Alltag. . . . .	224
	Wolf Langewitz	
<b>17</b>	Diagnostik psychischer Störungen und psychopharmakologische Therapie im klinischen Alltag . . . . .	234
	Martin Aigner, Gabriele Sachs	
<b>18</b>	Bedarf an psychischer Betreuung bei PatientInnen mit chronischen gastroenterologischen Erkrankungen. . . . .	250
	Wolfgang Miehsler	
<b>19</b>	Integrierte Psychosomatische Versorgung . . . . .	262
	Gabriele Moser	
<b>19.1</b>	Beispiel eines stationären gastroenterologisch- psychosomatischen Behandlungsmodells. . . . .	268
	Peter Weiss	
	Selbsthilfedachverbände und Selbsthilfekontaktstellen . . . . .	275
	Sachverzeichnis. . . . .	283

# AutorInnenverzeichnis

**Univ. Prof. Dr. Martin Aigner**

Universitätsklinik für Psychiatrie  
und Psychotherapie  
Medizinische Universität Wien  
Währinger Gürtel 18-20  
A-1090 Wien  
E-Mail: martin.aigner@meduniwien.ac.at

**Univ. Prof. Prim. Dr. Michael Bach**

Abteilung für Psychiatrie Steyr und  
Department für Psychosomatik Enns  
Sierninger Straße 170  
A-4400 Steyr  
E-Mail: michael.bach@gespag.at

**Dr. med. Douglas A. Drossman**

Co-Director, UNC Center for Functional GI and  
Motility Disorders, Division of Gastroenterology  
and Hepatology  
Professor of Medicine and Psychiatry  
Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie  
4150 Bioinformatics Building CD#7080,  
University of North Carolina, Chapel Hill,  
NC 27599-7080  
E-Mail: Drossman@med.unc.edu

**Prof. Paul Enck**

Universitätsklinikum Tübingen  
Medizinische Universitätsklinik VI:  
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Forschungsbereich  
Frondsbergstr 23  
D-72076 Tübingen  
E-Mail: paul.enck@uni-tuebingen.de

**Nicole Fara**

Initiative Gesunder Darm  
Hermesstraße 70  
A-1130 Wien  
www.gesunderdarm.at

**Dr. Thomas Feichtenschlager**

KA Rudolfstiftung  
Juchgasse 25  
A-1030 Wien

**DDr. Dieter Genser**

Gesundheit Österreich GmbH, Österreichisches  
Bundesinstitut für Gesundheitswesen  
Stubenring 6  
A-1010 Wien  
E-Mail: Dieter.Genser@meduniwien.ac.at

**Dr. med. Winfried Häuser**

Klinikum Saarbrücken  
Medizinische Klinik I (Gastroenterologie, Hepato-  
logie, Endokrinologie, Diabetologie, Infektiologie,  
Onkologie und Psychosomatik)  
Winterberg 1  
D-66119 Saarbrücken  
E-Mail: whauser@klinikum-saarbruecken.de

**Ing. Helmuth Heger**

Österreichische Patienteninitiative Reizdarm  
(ÖPRD), Wiener Hilfswerk, Nachbarschafts-  
zentrum 2,  
Vorgartenstraße 145-157  
A-1020 Wien,  
www.reizdarm-selbsthilfe.at  
E-Mail: he.heger@aon.at

**Univ.- Doz. Mag. Dr. phil. Dr. med. Sonia Horn**

Sammlungen der medizinischen Universität Wien  
Währinger Straße 25  
A-1090 Wien  
E-Mail: sonia.horn@meduniwien.ac.at

**Hubert Kehrer**

Leiter der SHG für Leberkranke und  
Lebertransplantierte OÖ  
Hörzingerstraße 9  
A-4020 Linz  
E-Mail: h.kehrer@eduhi.at

**Sibylle Klosterhalfen**

Institut für Medizinische Psychologie,  
Universitätsklinikum Düsseldorf, Deutschland

**E. Krause**

Adresse auf Anfrage beim Verlag

**Prof. Wolf Langewitz**

Universitätsklinik Basel  
Psychosomatik  
Hebelstr.2  
CH-4031 Basel  
E-Mail: wlangewitz@uhbs.ch  
www.psychosomatik-basel.ch

**Ass. Prof. Dr. Brigitte Litschauer**

Institut für Physiologie  
Medizinische Universität Wien  
Schwarzspanierstr. 17  
A-1090 Wien  
E-Mail: brigitte.litschauer@meduniwien.ac.at

**Dr. Wolfgang Miehsler**

Universitätsklinik für Innere Medizin III  
Klinische Abteilung für Gastroenterologie und  
Hepatologie  
Medizinische Universität Wien  
Währinger Gürtel 18-20  
A-1090 Wien  
E-Mail: wolfgang.miehsler@meduniwien.ac.at

**Susanne Mild**

DGKS, Araomapflege  
Krankenhaus Hietzing  
1. Med. Ambulanz  
Wolkersbergengstraße 1  
A-1130 Wien  
E-Mail: susanne.mild@wienkav.at

**Univ. Prof. Dr. Gabriele Moser**

Universitätsklinik für Innere Medizin III  
Medizinische Universität Wien  
Währinger Gürtel 18-20  
A-1090 Wien  
E-Mail: gabriele.moser@meduniwien.ac.at  
www.gabrielemoser.at

**Mag. (FH) Annelies Pfeifer**

Adresse auf Anfrage beim Verlag

**Univ. Prof. Dr. Gabriele Sachs**

Universitätsklinik für Psychiatrie  
und Psychotherapie  
Medizinische Universität Wien  
Währinger Gürtel 18-20  
A-1090 Wien  
E-Mail: gabriele.sachs@meduniwien.ac.at

**Christine Strimitzer**

Österreichische Patienteninitiative Reizdarm  
(ÖPRD), Wiener Hilfswerk,  
Nachbarschaftszentrum 2,  
Vorgartenstraße 145-157  
A-1020 Wien  
oeprd@wiener.hilfswerk.at  
www.reizdarm-selbsthilfe.at

**Univ. Prof. Dr. Harald Vogelsang**

Medizinische Universität Wien  
Univ. Klinik für Innere Medizin III  
Abt. f. Gastroenterologie & Hepatologie,  
Medizinische Universität Wien  
Währinger Gürtel 18-20  
A-1090 Wien  
E-Mail: harald.vogelsang@meduniwien.ac.at

**Gerlinde Weilguny**

Leitende Endoskopieschwester  
Universitätsklinik für Innere Medizin III  
Medizinische Universität Wien  
Währinger Gürtel 18-20  
A-1090 Wien  
E-Mail: gerlinde.weilguny@akhwien.at

**Primarius Dr. Peter Weiss**

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern  
Abteilung für Innere Medizin und Psychosomatik  
Stumpergasse 13  
A-1060 Wien  
E-Mail: peter.weiss@bhs.at

**Angelika Widhalm**

Hepatitis Hilfe Österreich  
Plattform Gesunde Leber (HHÖ)  
Anton Burggasse 1/44  
A-1040 Wien  
E-Mail: info@gesundeleber.at  
www.gesundeleber.at

# Erwartungen und Herausforderungen in der Gastroenterologie

Douglas A. Drossman

Die Fachrichtung der Gastroenterologie stellt eine schwierige, aber auch lohnende Herausforderung dar. Bei allen gastrointestinalen Störungen und insbesondere jenen, die am häufigsten auftreten, den funktionellen gastrointestinalen Störungen (FGIS), ist es wichtig, Kunst und Wissenschaft der Medizin zu vereinen. Dies erfordert effiziente Kommunikationsfähigkeiten zur Förderung der Arzt-PatientIn-Beziehung sowie ein kritisches Urteilsvermögen, um diagnostische und Behandlungsentscheidungen zum Wohle der PatientInnen treffen zu können. Dieses Kapitel bietet einen Überblick über die Herausforderungen und Erwartungen, die ich in diesem Zusammenhang sehe.

GastroenterologInnen müssen, um erfolgreich zu sein, die verschiedensten Kompetenzen erwerben. In der klinischen Praxis untersuchen und behandeln GastroenterologInnen PatientInnen in ihren Ordinationen oder betreuen sie als FachärztInnen im Krankenhaus, wenn diese in ambulanter oder stationärer Behandlung sind. Sie müssen aufmerksame ZuhörerInnen sein, Informationen verständlich vermitteln können und eine tragfähige Beziehung zu den PatientInnen aufbauen. Diese Fähigkeiten sind bis zu einem gewissen Grad persönlichkeitsabhängig, können aber auch trainiert werden. Die in Ausbildungsprogrammen möglicherweise am

stärksten vernachlässigten Bereiche sind die Kommunikationsfähigkeit und die ÄrztIn-PatientIn-Beziehung. Ich erlernte diese Kompetenzen in einem von George Engel (Drossman, 1977) geleiteten Training sowie durch ein späteres Studium an der American Academy of Physician and Patient, einer Ausbildung, die auf dem Ansatz von Karl Rogers basiert. Ich versuche, diese Kompetenzen nun im Rahmen meiner Vortragstätigkeit und in Workshops in den USA und anderen Ländern zu lehren. Diese für eine erfolgreiche Berufsausübung unerlässlichen Fähigkeiten werden jedoch in finanzieller Hinsicht nicht honoriert, da Krankenkassengesellschaften eher für Verfahren wie die Endoskopie aufkommen als für solche „kognitiven Fähigkeiten“. Honoriert wird man nichtsdestotrotz durch die klinische Verbesserung der Betroffenen, verbunden mit der Zufriedenheit von ÄrztInnen und PatientInnen.

Ich hatte das Glück, sowohl eine Ausbildung in Gastroenterologie als auch in psychosomatischer oder biopsychosozialer Medizin zu absolvieren, der Schwerpunkt meiner Tätigkeit ist daher die Interaktion von Gehirn und Verdauungstrakt (Drossman, 1998); in der Praxis arbeite ich häufig mit äußerst komplexen funktionellen gastrointestinalen Störungen. Diese Erkrankungen müssen aus einem biopsychosozialen



alen Ansatz heraus verstanden werden, um die Rolle, die biologische, psychologische und soziale Faktoren dabei spielen, zu berücksichtigen und so ein Verständnis der Krankheit für die klinische Behandlung und Forschung zu erlangen.

## Klinische und wissenschaftliche Gastroenterologie

Erfolg in der *klinischen Gastroenterologie* erfordert Offenheit für neue Ideen, permanente Weiterbildung und große Erfahrung, die sich durch die Behandlung einer Vielzahl von PatientInnen einstellt. Meines Erachtens ist es auch hilfreich, die Praxis durch Unterrichtstätigkeit zu bereichern, die entweder ehrenamtlich an einem medizinischen Zentrum oder durch die Supervision von KollegInnen und ÄrztInnen im Praktikum erfolgen kann. Klinische GastroenterologInnen müssen auch in endoskopischen Verfahren, insbesondere in der Koloskopie und der oberen Endoskopie, versiert sein. Die Screening-Koloskopie kommt in der gastroenterologischen Praxis häufig zum Einsatz, doch werden die GastroenterologInnen durch die Einführung der virtuellen Koloskopie, eines Verfahrens, das mit Röntgenstrahlen arbeitet, in Zukunft weniger Zeit für Screening-Koloskopien aufbringen müssen. Verfahren wie die therapeutische Koloskopie, die diagnostische obere Endoskopie und die Endoskopie auf Intensivstationen bei gastrointestinaler Blutung und anderen akuten Beschwerden kommen jedoch nach wie vor zum Einsatz. Dies impliziert auch, dass jüngere ÄrztInnen sich verstärkt einbringen können, da sie ihre älteren KollegInnen mit neuen Erkenntnissen konfrontieren. Schließlich beruht der Erfolg einer gastroenterologischen Praxis auch auf der Qualifikation des Personals – des Pflege-

personals, der AssistentInnen, des Aufnahme- und Buchhaltungspersonals. Die Bedürfnisse der PatientInnen werden von einem Personal befriedigt, das über fachliche Kompetenz und gute interpersonelle Fähigkeiten verfügt. Es ist nicht zu entschuldigen, wenn PatientInnen in einer Notsituation Hilfe suchen und diesem Hilferuf nicht in angemessener Zeit Folge geleistet wird. Heute lässt es sich oft kaum einrichten, dass ÄrztInnen sofort Zeit für einen Rückruf finden, weshalb in vielen Praxen ArzthelferInnen die Aufgabe haben, Anrufe zu beantworten oder Laborresultate oder andere klinische Informationen zu übermitteln.

*Wissenschaftlich tätige GastroenterologInnen* sind vorwiegend mit Forschung befasst, ihr Erfolg wird nach den staatlichen Forschungsförderungen beurteilt, die sie erhalten, sowie nach ihren Publikationen und den Vorträgen, zu denen sie eingeladen werden. Sie haben oft auch eine kleine Praxis im Krankenhaus sowie Lehrverpflichtungen. Sobald ihre Publikationen in Fachkreisen bekannt sind, werden sie eingeladen, Vorträge im In- und Ausland zu halten. Diese Tätigkeit führt oft dazu, dass sie Ämter oder auch den Vorsitz in regionalen, nationalen und internationalen Komitees und Organisationen übernehmen. Die Erfolgskriterien sind demnach klar definiert und werden oft von staatlichen Einrichtungen (z. B. dem NIH – National Institute of Health), dem American Board of Internal Medicine, akademischen Institutionen wie der American Gastroenterology Association oder dem American College of Gastroenterology oder wissenschaftlichen Institutionen festgesetzt. Die Erfolgskriterien im Bereich der wissenschaftlichen Gastroenterologie werden von einigen wenigen erfüllt, die bereit sind, hart zu arbeiten, um in ihrem jeweiligen Forschungsgebiet herausragende Leistungen zu erbringen.

## Die Wissenschaft und die Kunst der Gastroenterologie

Die *Wissenschaft der Gastroenterologie* beginnt im mikroskopischen oder submikroskopischen Bereich, im Verständnis, welchen Einfluss Neurotransmitter und Hormone im Darm, etwa Serotonin oder Cholecystokinin (CCK), auf die gastrointestinale Funktion haben. Darüber hinaus kann Stress diese und andere Neurotransmitter im Gehirn freisetzen, die dann, wiederum „nachgelagert“, die intestinale Motilität, eine Entzündung des Darms oder die gastrointestinale Sekretion beeinflussen können. Sämtliche gastrointestinalen Symptome sind eng mit dem Gehirn verbunden und werden von diesem gesteuert; aus diesem Grund ist das Verständnis psychosozialer Aspekte auch von größter Bedeutung.

Die GastroenterologIn muss die Wissenschaft im Kontext einer möglichen Erkrankung oder Dysfunktion von Organsystemen verstehen, die Symptome auslöst, und in Betracht ziehen, wie diese durch eine Änderung der Lebensumstände des Einzelnen beeinflusst werden können. Brechreiz kann daher von einer Erkrankung der Leber herrühren oder von Gallensteinen, einem Magengeschwür, einer reduzierten Darmbewegung (intestinalen Motilität), von Medikamentennebenwirkungen, einer kürzlichen Infektion, einer frühen Schwangerschaft, dem Wiedererleben einer frühen traumatischen Erfahrung oder von einem Streit mit dem Partner. Ähnlich können PatientInnen mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (CED) beschwerdefrei sein, bis sie plötzlich Schmerzen empfinden und an Diarrhö leiden; möglicherweise hat sich ihr Befinden verschlechtert, es können aber auch andere Faktoren – etwa eine klinisch relevante Infektion, Stress, eine Veränderung der Ernährungs-

gewohnheiten oder eine Kombination dieser Faktoren – die Ursache sein.

Dann müssen diese PatientInnen Daten durch ärztliche und diagnostische Maßnahmen verfeinert werden: Wann werden Blutproben genommen, wann wird eine Endoskopie gemacht? Wird eine Computertomographie oder eine MRT angeordnet oder kann von weiteren Untersuchungen abgesehen werden? Sobald die GastroenterologIn über alle diese Informationen verfügt, muss er oder sie diese zu einer Synthese führen und einen diagnostischen Ansatz sowie einen Behandlungsplan festlegen. Aufgabe der Wissenschaft ist es daher, sowohl evidente Daten der gastrointestinalen Pathologie und Physiologie als auch den Lebenszusammenhang der Person einzubeziehen. Das bringt uns zur Kunst: der Interaktion mit den PatientInnen.

Die *Kunst der Gastroenterologie* besteht nicht darin, was man tut, sondern wie man es tut. Sie impliziert Verständnis für und Teilnahme am Gefühlsleben des Betroffenen in dem Maße, in dem dieses mit seiner Krankheit in Zusammenhang steht, weiters Fähigkeiten in der Gesprächsführung, um Daten aus früheren Behandlungen und neue relevante Informationen von den PatientInnen selbst zu erhalten und die persönlichen, psychosozialen Einflüsse zu kontextualisieren. Dies impliziert auch ein Verständnis des „Krankheitsmusters“ des Betroffenen oder die Erkenntnis, was ihm fehlt bzw. seiner Sorgen oder Erwartungen von den ÄrztInnen. In weiterer Folge werden diese Informationen in einen effizienten Diagnose- und Behandlungsplan integriert. Schließlich müssen die ÄrztInnen diese Informationen in einer Art und Weise vermitteln, die für die PatientInnen akzeptabel ist, sie müssen im Einvernehmen mit den PatientInnen eine Therapieentscheidung suchen. All dies erfordert eine vertrauensvolle Beziehung, die

auf offener Kommunikation und gemeinsamer Entscheidungsfindung basiert.

Wenn die Diagnose klar ist, etwa ein Gallensteinleiden, Blutungen infolge eines Zwölffingerdarmgeschwürs oder einer Darmverstopfung, stimmen die Erwartungen, die ÄrztInnen und PatientInnen an Diagnose und Behandlung haben, meist überein; die ÄrztInnen treffen die erforderlichen Maßnahmen und die PatientInnen stimmen ihnen zu. Die Art und Weise, wie der Diagnose- und Behandlungsplan vermittelt wird, ist dennoch von großer Wichtigkeit, da eine gute Kommunikation das Verständnis der PatientInnen verbessert und ihre Angst reduziert. Bei chronischen gastrointestinalen Krankheiten können PatientIn und ÄrztIn hingegen unterschiedliche Erwartungen in Hinblick auf Diagnose und Behandlung haben und es bedarf größerer Anstrengungen, bis beide auf derselben Wellenlänge sind.

Diese Fähigkeiten kann man sich nicht methodisch oder über Bücher aneignen. Sie erfordern vielmehr, dass GastroenterologInnen erfahrene LehrerInnen als MentorInnen gewinnen, aus ihrer eigenen Erfahrung mit PatientInnen lernen und den ernsthaften Wunsch haben, den PatientInnen zu helfen. ÄrztInnen freuen sich im Allgemeinen, wenn PatientInnen auf dem Weg der Besserung sind und ihnen für ihre Hilfe danken. Die meisten gastrointestinalen Störungen sind aber chronischer Natur (z. B. chronische Lebererkrankungen, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, funktionelle gastrointestinale und Motilitätsstörungen, chronische Pankreatitis, intestinale Malabsorption) und erfordern eine langfristige Behandlung. Die ÄrztInnen müssen in diesem Fall den *Prozess* der Betreuung mit den PatientInnen gestalten. Dies bedeutet, eine Beziehung aufzubauen, die den Betroffenen zur Selbsthilfe befähigt, diagnostische oder therapeutische Maßnahmen sind nur fallweise

nötig. Was PatientInnen mit einer chronischen Krankheit wirklich wollen, ist Hoffnung und die Gewissheit, eine ÄrztIn zu haben, die sie betreut und auf die sie sich verlassen können. Studien zeigen, dass eine funktionierende Arzt-PatientIn-Beziehung nicht nur die Zufriedenheit der PatientInnen, die Therapie-Treue verbessert und Rechtsstreitigkeiten vorbeugt, sondern auch zu besseren klinischen Resultaten führt (Drossman, 1999; Stewart, 1995, Kaplan et al., 1989).

## Kommunikationsstrategien

Eine vertrauensvolle Arzt-PatientIn-Beziehung, die sich durch gute Kommunikation und gemeinsame Entscheidungen auszeichnet, lässt sich durch einige einfache Strategien fördern. Ich erkläre Studenten, ÄrztInnen im Praktikum und KollegInnen aus der Gastroenterologie (z. B. InternistInnen, die eine zusätzliche Ausbildung in der Subspezialität der Gastroenterologie machen), dass man sich, um relevante Informationen zu erhalten, „in die PatientInnen hineinversetzen muss“, um deren Krankheitsverständnis und Erwartungen in Bezug auf die Krankheit (ihr „Krankheitsmuster“) zu erkennen. Die folgenden Fragen können dabei hilfreich sein:

1. Was steckt Ihrer Meinung nach dahinter?
2. Welche Sorgen und Ängste haben Sie?
3. Was führt Sie heute zu mir?
4. Was erwarten Sie von mir?

Diese Fragen vermitteln den PatientInnen, dass die ÄrztInnen an ihren persönlichen Ansichten interessiert sind. Gleichzeitig helfen die Antworten der PatientInnen den ÄrztInnen, etwaige Missverständnisse zu erkennen und anzusprechen. So glauben PatientInnen häufig, dass ihre Bauchschmerzen auf Krebs zurückzuführen sind

oder dass ihr Brustschmerz von einer Herzkrankheit oder einem Zwerchfellbruch herrührt. Chronische Bauchschmerzen stehen jedoch selten mit Krebs in Zusammenhang, eine Herzkrankheit kann leicht ausgeschlossen werden, und ein Zwerchfellbruch verursacht selten Symptome. ÄrztInnen, die die PatientInnen dazu bewegen, solche unbegründeten Ängste auszusprechen, können darauf eingehen und sie auf diese Weise mindern.

Kommunikationsfähigkeiten sind auch wichtig, um mit den Reaktionen der PatientInnen auf Testergebnisse und Diagnosen richtig umzugehen. Paradoxe Weise sind manche PatientInnen mit chronischen oder unerklärlichen Symptomen mitunter enttäuscht, wenn eine bestimmte strukturelle Diagnose nicht gestellt wird („Bilde ich es mir alles nur ein?“ „Sind diese ÄrztInnen überhaupt kompetent?“). Dies kann dazu führen, dass die PatientInnen weitere Untersuchungen zu einem Zeitpunkt verlangen, zu dem die ÄrztInnen ihre Symptome als Teil einer chronischen Krankheit sehen, die keiner weiteren diagnostischen Untersuchungen bedarf. Die PatientInnen können es als Fehler empfinden, dass die ÄrztInnen keine weiteren diagnostischen Untersuchungen für nötig erachten, während die ÄrztInnen das Beharren der PatientInnen auf weiteren Untersuchungen als Widerstand gegen ihre Behandlungsstrategie wahrnehmen können. Dieses Dilemma ist zu vermeiden, wenn die ÄrztInnen den PatientInnen von Beginn an dazu bewegen können, ihre Erwartungen und Ängste zu äußern, und angemessen darauf reagieren. Die größte Angst haben die meisten PatientInnen vor Krebs. Wenn die ÄrztInnen sie mit den Worten „Es fehlt Ihnen nichts“ rasch zu beruhigen versuchen, könnten die PatientInnen das Vertrauen in sie verlieren, da sie diese Aussage als eine Beschwichtigung, als Nicht-Eingehen auf ihr Problem werten. Sagen ÄrztInnen hingegen: „Man

kann Krebs nicht völlig ausschließen, aber aus Ihren Schilderungen und den Untersuchungsergebnissen schließe ich, dass Sie ... (Bezeichnung der Diagnose) haben, und wir sollten uns nun auf die Behandlung konzentrieren. Ich werde selbstverständlich auf jede Veränderung in Ihrem Befund achten, die weitere Untersuchungen erforderlich macht, etwa wenn Sie Blut oder Gewicht verlieren ...“ In einem solchen Gesprächsansatz werden die Sorgen der PatientInnen ernst genommen, die Fortsetzung der Behandlung wird nachdrücklich hervorgehoben, während gleichzeitig unnötige weitere Untersuchungen ausgeschlossen werden.

## Das Verständnis der Lebenszusammenhänge bei der Erstellung eines Diagnose- und Behandlungsplans

Manchmal ist die Erstellung eines Diagnose- und Behandlungsplans recht einfach. Berichtet eine PatientIn beispielsweise, dass sie Blut im Stuhl hat, an Sodbrennen leidet oder an Gelbsucht erkrankt ist, dauert es nicht länger als zehn oder fünfzehn Minuten, um die Anamnese zu erheben und einen Behandlungsplan festzulegen: etwa eine Endoskopie bei einer Blutung oder Sodbrennen, Kontrolle der Blutwerte bzw. eine Leberuntersuchung mittels Röntgendiagnostik. Daraus leitet sich problemlos die weitere Behandlung ab.

Die Betreuung von PatientInnen mit unerklärlichen chronischen Leiden erfordert hingegen häufig eine umfassende biopsychosoziale Perspektive (Drossman, 1998). Die Diagnose impliziert zunächst – oft bereits vor dem Besuch der PatientInnen – die Prüfung zahlreicher Daten, um zu ermes- sen, welche Untersuchungen durchgeführt wurden und welche nicht. Mit diesen Hin-

tergrundinformationen, die verhindern sollen, dass die PatientInnen dieselben Fragen erneut zu beantworten oder Untersuchungen zu wiederholen haben, versuchen die ÄrztInnen, neue Behandlungswege einzuschlagen: Sie ziehen Diagnosen in Betracht, die eventuell übersehen wurden, um aus den Lebenszusammenhängen der PatientInnen etwas über die Erkrankung herauszufinden. Begannen die Symptome beispielsweise bei einem Weihnachtsessen oder als sich der Todestag eines Elternteils jährte? Gibt es Hinweise auf ein emotionales Trauma oder körperlichen oder sexuellen Missbrauch (Drossman et al., 1995)? In tertiären Gesundheitsversorgungszentren berichtet die Hälfte der Frauen, die die Gastroenterologie aufsuchten, von Missbrauch, sie leiden an schwereren Symptomen und haben eine schlechtere Lebensqualität (Drossman et al., 1996). Wir wissen heute, dass diese Beobachtungen möglicherweise auf Dysfunktionen in bestimmten Hirnregionen zurückzuführen sind, die den Schmerz vergrößern können (Drossman et al., 2003; Drossman, 2005). Es ist das biopsychosoziale Verständnis von Krankheit, das die Symptome der PatientInnen in einen klaren Zusammenhang bringt und Möglichkeiten für eine effizientere Behandlung eröffnet. ÄrztInnen mit einem biopsychosozialen Ansatz bekommen häufig Zugang zu wesentlichen Informationen. Manche PatientInnen sind beispielsweise so konditioniert, dass sie auf Stress mit gastrointestinalen Symptomen reagieren, sind sich aber dieses Zusammenhangs nicht bewusst. Dies mag für Gastroenterologen erstaunlich oder zumindest schwer nachvollziehbar sein, wenn der Zusammenhang mit Stress eigentlich evident ist. Ein Kind, das im Alter von fünf Jahren in die Schule kommt, kann beispielsweise als psychosomatische Stressreaktion auf die Angst, das Elternhaus zu verlassen, Magenkrämpfe und Diarrhö be-

kommen. Wenn die Eltern das Kind aufgrund dieser Symptome zu Hause lassen, es „belohnen“, indem sie mit ihm spielen und es fernsehen lassen, könnte die Erleichterung des Kindes über die Vermeidung der gefürchteten Situation die Wiederkehr solcher Symptome in zukünftigen Stresssituationen bis ins Erwachsenenleben hinein fördern. Sagen die Eltern hingegen: „Du hast Magenschmerzen. Vielleicht bist du nervös, weil du in die Schule gehen musst; lass uns darüber sprechen“, dann lernt das Kind, seine Angst zu verstehen und zu verbalisieren und nicht über konditionierte Symptome auszudrücken. Unsere Studien haben ergeben, dass PatientInnen, die einen Zusammenhang zwischen Stress und gastrointestinalen Symptomen wahrnehmen, weniger an ihren Symptomen leiden und nicht so oft die ÄrztInnen aufsuchen wie PatientInnen, die diese Verbindung nicht sehen (Lowman et al., 1987).

Ich hatte einmal einen Patienten, der jahrelang an Magenschmerzen litt und zahlreiche Untersuchungen hinter sich hatte und bei seinem ersten Besuch in meiner Praxis sagte: „Ich gehe nicht von hier weg, bevor Sie einer Operation zustimmen.“ Eine solche Situation ist für ÄrztInnen und PatientInnen gleichermaßen schwierig. Tatsächlich benötigt eine PatientIn, die darauf beharrt, dass ihr Schmerz „echt“ und nicht stressbedingt ist, ÄrztInnen mit Erfahrung, Geduld und einem besonderen Maß an Verständnis und Einfühlungsvermögen. Häufig wurden solche PatientInnen vom Gesundheitssystem enttäuscht und fürchten neuerlich ein frustrierendes Erlebnis, entscheiden sich aber dennoch dafür, weitere ÄrztInnen aufzusuchen, um eine Lösung ihres Problems zu finden.

In unserem prozessüchtigen und kostenzentrierten Gesundheitssystem ist es oft einfacher, teure Untersuchungen durchzuführen und symptomorientierte Behandlungen zu verordnen, als eine biopsycho-

soziale Sichtweise auf Beschwerden zu entwickeln und sich zu bemühen, die Perspektive der PatientInnen zu verstehen. PatientInnen mit einem komplexen, chronischen Beschwerdebild profitieren davon nicht. In den 1970er Jahren untersuchten Forscher den so genannten „Furor Medicus“ (DeVaul, 1978). Sie evaluierten PatientInnen, die in die Notaufnahme kamen und trennten sie in zwei Gruppen: jene mit akuten Problemen und jene mit chronischen Beschwerden. Die Wissenschaftler fanden heraus, dass die PatientInnen mit chronischen Beschwerden mehr Behandlungen hinter sich hatten, mehr Medikamente verschrieben bekommen hatten und mehr Eingriffe hinter sich hatten, auch wenn diese nach Meinung der ÄrztInnen nicht indiziert waren. Warum handelten die ÄrztInnen wider besseren Wissens? Der *Furor Medicus* basiert auf zwei Faktoren: dem Grad der Unsicherheit der ÄrztInnen und der Hartnäckigkeit, mit der die PatientInnen darauf bestehen, dass etwas getan wird. ÄrztInnen im Praktikum sind eher bereit, weitere und unnötige Behandlungen durchzuführen, weil sie nicht über die Erfahrung verfügen, um mit dem Unsicherheitsfaktor in der Medizin umzugehen; andererseits handeln sogar erfahrene ÄrztInnen wider besseren Wissens und verordnen Untersuchungen und Behandlungen, wenn die PatientInnen darauf bestehen. Die besten GastroenterologInnen sind jene, die nicht nur reagieren, sondern einen Schritt zurücktreten, um den Gesamtzusammenhang zu erfassen. In Situationen wie diesen ist es am besten, „nicht irgend etwas zu tun, sondern sich ein umfassendes Bild zu machen“.

Statt in solchen Situationen übereilt zu handeln, sollten die ÄrztInnen die Frustration der PatientInnen respektieren, klarstellen, dass ihr Schmerz real ist und dann eine tragfähige Beziehung aufbauen, die den PatientInnen hilft, die Krankheit zu

akzeptieren und mit ihr umzugehen. Solche PatientInnen haben meist viele ÄrztInnen konsultiert und brauchen jemanden, der sie, ungeachtet der Diagnose oder des Ergebnisses, betreut. Es mag beim ersten Besuch der PatientInnen etwas länger dauern, die benötigten Informationen zu erhalten und zusammenzufassen und eine funktionierende Beziehung herzustellen. Die Ergebnisse sind für die PatientInnen jedoch viel sinnvoller als eine weitere Endoskopie, die wiederum negativ ausfällt. Dies ist die Behandlungsform, für die ich mich in einem solchen Fall entscheide. Jemandem, der viele Jahre lang litt, ohne zu verstehen warum, und ihm zu helfen, Antworten darauf zu finden und seine Lebensqualität zu verbessern, ist eine äußerst befriedigende Aufgabe.

Aber war das Thema nicht Gastroenterologie? Wie sich zeigt, habe ich nicht über die fachlichen Aspekte der Disziplin gesprochen. Fachkenntnisse und eine entsprechende wissenschaftliche Qualifikation sind Voraussetzungen der Ausbildung. Das Erlernte standardisiert und vertieft sich in der Praxis, in der man vor spannenden Herausforderungen steht: der Behandlung einer gastrointestinalen Blutung, einer Sphinkterotomie mit Gallensteinentfernung oder der Betreuung einer PatientIn, die eine Lebertransplantation hatte. Eine tiefere Befriedigung kann sich jedoch durch die Erlernung und Anwendung der kognitiven Aspekte der Gastroenterologie einstellen, der klinischen Überlegungen und Entscheidungsfindung, der Kommunikationsfähigkeiten und des Aufbaus der Arzt-PatientIn-Beziehung. Diese Fähigkeiten werden in der langfristigen Betreuung von PatientInnen mit chronischen gastrointestinalen Störungen durch die Zufriedenheit von ÄrztInnen und PatientInnen, verbesserte klinische Befunde und reduzierte Kosten, honoriert.



## Herausforderungen in der Gastroenterologie

Die größte Herausforderung in der Gastroenterologie besteht darin, den Trend der letzten zwei Jahrzehnte – der Abkehr von hochwertiger Versorgung hin zu lukrativeren Behandlungsformen – umzukehren (Drossman, 2004). ÄrztInnen setzen immer mehr apparative Verfahren ein und haben immer weniger Zeit für ihre PatientInnen, da es lukrativer ist, neue technische Verfahren anzuwenden, als eine Visite zu machen, mit den PatientInnen zu sprechen und nachzudenken. So ist es nichts Ungewöhnliches, dass PatientInnen, die an abdominalen Schmerzen leiden, sofort eine Endoskopie verordnet bekommen, und wenn diese negativ ist, ein Schmerzmittel verschrieben wird, ohne dass die ÄrztInnen die Diagnose, die Ursache oder den langfristigen Behandlungsplan, reflektieren. Die so genannte „Managed-Care“ hat den Blick auf die PatientInnen verändert: Diagnostische Untersuchungen haben die klinische Entscheidungsfindung ersetzt und eine schnelle Lösung wird präferiert, ist diese auch noch lukrativ, umso besser.

Eine zweite Herausforderung besteht darin, gegen die kontinuierlichen Kürzungen der staatlichen Subventionen für klinische gastroenterologische Forschung vorzugehen. Viele GastroenterologInnen, die klinische Forschung betreiben, sind gezwungen, der wissenschaftlichen Medizin den Rücken zuzukehren und sich der Pharmaindustrie oder der klinischen Praxis zuzuwenden, da es immer schwieriger wird, die nötige Unterstützung für klinische Forschung zu erhalten. Obwohl die National Institutes of Health (NIH) bestrebt sind, die „transnationale“ und klinische Forschung verstärkt zu unterstützen, ist ihre Priorität traditionell die Grundlagenforschung und nicht die klinische Forschung,

und den geringsten Stellenwert haben funktionelle GI- und Motilitätsstörungen. Darüber hinaus wird jede Bemühung, von diesem Schema wegzukommen, durch kontinuierliche Kürzungen des Budgets der NIH infolge anderer Prioritäten erschwert. Die generelle Einstellung, dass die Grundlagenforschung Subventionspriorität hat, beruht auf der Prämisse, dass die Entdeckung der molekularen Grundlage von Erkrankungen Heilungen ermöglichen wird. Zweifelsohne bestehen hier für viele Krankheiten durchaus Möglichkeiten. Die Gesundheitsprobleme in der westlichen Gesellschaft haben sich jedoch von sofort zu behandelnden, akuten Krankheiten hin zu vielschichtigen chronischen Störungen, die sich auf PatientIn und Familie auswirken, verlagert. Bei chronischen Erkrankungen muss die Behandlung heute auf das Symptomanagement und eine verbesserte Lebensqualität fokussieren, eine Heilung ist in absehbarer Zeit nicht wahrscheinlich. Um den Betroffenen zu helfen, mit chronischen gastrointestinalen Störungen umzugehen, ist es daher wichtig, Möglichkeiten der Forschungsfinanzierung zu finden.

Eine dritte Herausforderung mit großem Einfluss auf das Gesundheitswesen ist die Legitimierung chronischer gastroenterologischer Störungen. Das Reizdarmsyndrom etwa nimmt in Hinblick auf Arbeitsversäumnis den zweiten Platz hinter der Erkältung ein. Für die Behandlung von PatientInnen mit Reizdarmsyndrom werden etwa zwei Milliarden Dollar ausgegeben, kalkuliert man die indirekten Kosten wie Produktivitätsverlust mit ein, belaufen sich die Kosten für die amerikanische Gesellschaft auf etwa 20 Milliarden Dollar (Sandler et al., 2002). Diese Krankheiten werden aber im Vergleich zu Krebs oder Herzkrankheiten als weniger wichtig erachtet. Trotz der Morbiditätsrate, der verminderten Lebensqualität und hohen Gesundheitskos-

ten, werden sie von den Medien, der Öffentlichkeit und den Subventionsgebern nicht beachtet, ignoriert oder als unwichtig abgetan. Der Grund dafür ist nicht ganz klar, könnte aber mit den gesellschaftlichen Wertvorstellungen zu tun haben, denen zufolge Körperfunktionen wie Blähungen, Brechreiz und Defäkation und Probleme, die von gastrointestinalen Störungen verursacht werden, verdrängt oder ins Lächerliche gezogen werden. Weil sich beim Röntgen oder in der Endoskopie keine abnormen Auffälligkeiten zeigen, werden sie gegenüber Krankheiten mit evidenten biologischen Markern wie Geschwüren, Darmkrebs oder den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen gerne hintangesetzt (Drossman, 2005). Viele glauben, dass eine Krankheit, für deren Symptome die ÄrztInnen keine physische Ursache finden, „eine Einbildung“ sei. Es muss daher ein Weg gefunden werden, um PatientInnen, ÄrztInnen und der Gesellschaft das biopsychosoziale Modell für das Verständnis von GI-Störungen zu vermitteln. Die vierte Herausforderung besteht, wie bereits angedeutet, darin, Weiterbildungsmöglichkeiten für ÄrztInnen zu schaffen, um ihre klinische Entscheidungsfindung und Beziehungskompetenz zu optimieren. Ich glaube, dass man sich auch weiterhin um die technischen Fortschritte in der Gastroenterologie keine Sorgen machen muss. Die Gefahr ist vielmehr, dass die Disziplin immer stärker zur Technik tendiert, da diese spannend und lukrativ ist. Das Paradoxon dabei ist, dass der Großteil der Behandlungen von PatientInnen mit gastrointestinalen Erkrankungen aus der ambulanten Betreuung chronischer Leiden besteht. Nach dreißig Jahren Praxis weiß ich aus Erfahrung, dass die Konzentration auf eine qualifizierte Datenerfassung, auf Clinical Reasoning, also klinisches Denken und Abwägen, sowie auf den Aufbau einer guten Kommunikation und Bezie-

hung am meisten zur Zufriedenheit von ÄrztInnen und PatientInnen sowie für verbesserte klinische Resultate bei gastrointestinalen Erkrankungen beiträgt. Es ist daher wesentlich, dass die persönlichen Aspekte der Arzt-PatientIn-Beziehung nicht verloren gehen.

## Die Zukunft der Gastroenterologie

In den 1960ern wurden aus den GastroenterologInnen mit spezifischem Interesse am Gastrointestinaltrakt „Verfahrenstechniker“, die Endoskopien und später auch operative Endoskopien und Ultraschalluntersuchungen durchführten. Heute können GastroenterologInnen die Notwendigkeit von Operationen reduzieren, indem sie etwa Polypen endoskopisch entfernen, bevor sie maligne entarten, oder Abszesse, die sonst operativ entfernt werden müssten, mittels Drainagebehandlung therapieren, oder Gallensteine entfernen. In den kommenden fünf Jahren wird der Schwerpunkt zunehmend auf technischen Verfahren wie operativen Endoskopien und neuen diagnostischen Imaging-Verfahren liegen. Die Wahrscheinlichkeit ist groß, dass sich die interventionelle Endoskopie von der „Mainstream“-Gastroenterologie abspaltet. Die technischen Anforderungen werden in Zukunft eine zusätzliche Ausbildung, etwa GI-Graduiertenkollegs, erfordern. Ähnlich werden sich auch andere sehr spezifische Bereiche der Gastroenterologie abspalten. In der Hepatologie ist dies bereits erfolgt; SpezialistInnen für entzündliche Darmerkrankungen und für gastrointestinale Onkologie werden sich multidisziplinären Teams an medizinischen Zentren anschließen, um mit ChirurgInnen und RadiologInnen zusammenzuarbeiten. Was wird bleiben? Gastroenterologische Routinebehandlungen und Endoskopien



werden immer benötigt werden, weshalb in diesem Bereich meines Erachtens auch die meisten GastroenterologInnen arbeiten werden. Die GastroenterologInnen in der Praxis werden ähnlich wie die InternistInnen als „PrimärärztInnen“ fungieren, die Routineprobleme wie GERD, funktionelle GI-Störungen, leichtere Formen von Lebererkrankungen und anderen gastrointestinalen Beschwerden behandeln und nach Bedarf Routineendoskopien durchführen. Wenn Fachwissen in einem spezialisierten Bereich der Gastroenterologie erforderlich ist, werden praktizierende GastroenterologInnen die PatientInnen an Spezialisten überweisen. Dies ist bereits Usus.

Ich hoffe, dass die meisten GastroenterologInnen, insbesondere jene, die in erster Linie funktionelle gastrointestinale und Motilitätsstörungen behandeln, Möglichkeiten gefunden haben, kommunikative und kognitive Kompetenzen zu erwerben, um effiziente Diagnosen zu erstellen und Behandlungen durchzuführen. Dies erfordert möglicherweise ein Umdenken in Bezug auf die Finanzierung unseres Gesundheitswesens hin zu einem System mit stärkerer staatlicher Beteiligung, in dem kognitive Fähigkeiten angemessen vergütet werden. Wahrscheinlich werden auch Pflegepersonal oder ärztliche AssistentInnen sowie ErnährungswissenschaftlerInnen und PsychologInnen diesem therapeutischen Team angehören. Die Hoffnung ist letztendlich, dass alle PatientInnen mit gastrointestinalen Erkrankungen besser behandelt werden.

Es war mir eine besondere Ehre, dieses Kapitel für das Buch von Frau Dr. Moser zu schreiben. An einem Buch mitzuwirken, das „echte“ Themen der Gastroenterologie behandelt, wie etwa das biopsychosoziale Konzept der Gehirn-Darm-Achse und die Arzt-PatientIn-Beziehung, ist eine Novität und eine Notwendigkeit. Die darin enthaltenen Informationen sollten nicht nur

GastroenterologInnen, sondern auch praktischen ÄrztInnen, StudentInnen, dem Pflegepersonal, TechnikerInnen, und natürlich unseren PatientInnen zur Verfügung stehen.

## Literatur

DeVaul RA, Faillace LA (1978) Persistent pain and illness insistence – A medical profile of proneness to surgery. *Am J Surg* 135: 828–833

Drossman DA (1977) Can the primary care physician be better trained in the psychosocial dimensions of patient care? *Int J Psychiatry Med* 8:169–184

Drossman DA, Talley NJ, Olden KW, Leserman J, Barreiro MA (1995) Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness: Review and recommendations. *Ann Intern Med* 123: 782–794

Drossman DA, Li Z, Leserman J, Toomey TC, Hu Y (1996) Health status by gastrointestinal diagnosis and abuse history. *Gastroenterol* 110: 999–1007

Drossman DA (1998) Presidential address: gastrointestinal illness and biopsychosocial model. *Psychosom Med* 60: 258–267

Drossman DA (1999) The physician-patient relationship. In: Corazziari E (Hrsg) Approach to the patient with chronic gastrointestinal disorders. *Messaggi*, Mailand, S 133–139

Drossman DA (2004) Medicine has become a business. But what is the cost? *Gastroenterol* 126: 952–953

Drossman DA (2005) Brain imaging and its implications for studying centrally targeted treatments in IBS: A primer for gastroenterologists. *Gut* 54: 569–573

Drossman DA (2005) Functional GI disorders: What's in a name? *Gastroenterol* 128: 1771–1172

Drossman DA, Ringel Y, Vogt B, Leserman J, Lin W, Smith JK, et al (2003) Alterations of brain activity associated with resolution of emotional distress and pain in a case of severe IBS. *Gastroenterol* 124: 754–761

Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE, Jr (1989) Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 27: 110–127

Lowman BC, Drossman DA, Cramer EM, McKee DC (1987) Recollection of childhood events in adults with irritable bowel syndrome. *J Clin Gastroenterol* 9: 324–330

Sandler RS, Everhart JE, Donowitz M, Adams E, Cronin K, Goodman C, et al (2002) The burden of selected digestive diseases in the United States. *Gastroenterol* 122: 1500–1511

Stewart MA (1995) Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 152: 1423–1433

# Stellenwert der Psychosomatik in der Gastroenterologie

Bedeutung der Integration des biopsychosozialen Krankheitsverständnisses in die klinische Praxis

Gabriele Moser

## Geschichte der Psychosomatischen Forschung in der Gastroenterologie

Bereits 1833 berichtete William Beaumont, ein kanadischer Chirurg, über Experimente bei seinem Patienten mit einer gastrischen Fistel. Diese war an der Bauchdecke bei einem jungen Mann nach einer Schussverletzung als Defektheilung entstanden und ermöglichte den Einblick in den Magen. Beaumont hatte die Durchblutungsänderung der Magenschleimhaut und Änderungen der Sekretionsaktivität in Reaktion auf psychologische und physiologische Reize bei diesem Patienten mit einer traumatisch verursachten Magenfistel beobachtet. Er beschrieb auch eine gesteigerte Magensekretion bei Ärger. Freud beschrieb bald darauf die Wirkung von Angst auf Körpervorgänge und diskutierte ihre Bedeutung beim „Colon irritabile“, wobei er die Unterschiede der Symptombildung bei akuter Angst und bei chronischer Angst betonte (Freud, 1895). Die Assoziation zwischen gastrointestinalen Funktionen und Stimmungen wurde später von mehreren bekannten Forschern wie Pavlov, Walter Cannon, Tom Almy and Stewart

Wolf beschrieben: Pavlov (1910) zeigte als erster bei seinen Hunden, dass Säuresekretion durch psychische Faktoren über den Vagusnerv vermittelt werden kann. Weitere Studien von Wolf haben an PatientInnen mit gastrischen Fisteln (Tom und Monika) gezeigt, dass verschiedene Emotionen unterschiedliche Veränderungen in der Magenfunktion bewirken können (Wolf und Wolff, 1943; Engel et al., 1956). Zorn, Aggression, aber auch intensives Wohlbefinden waren assoziiert mit einer stärkeren Schleimhautdurchblutung und einer gesteigerten Motilität sowie Sekretion. Umgekehrt war Furcht oder Depression z. B. bei Trennung oder Vernachlässigung durch andere von Schleimhautblässe und einer verminderten Sekretion sowie Motilität begleitet.

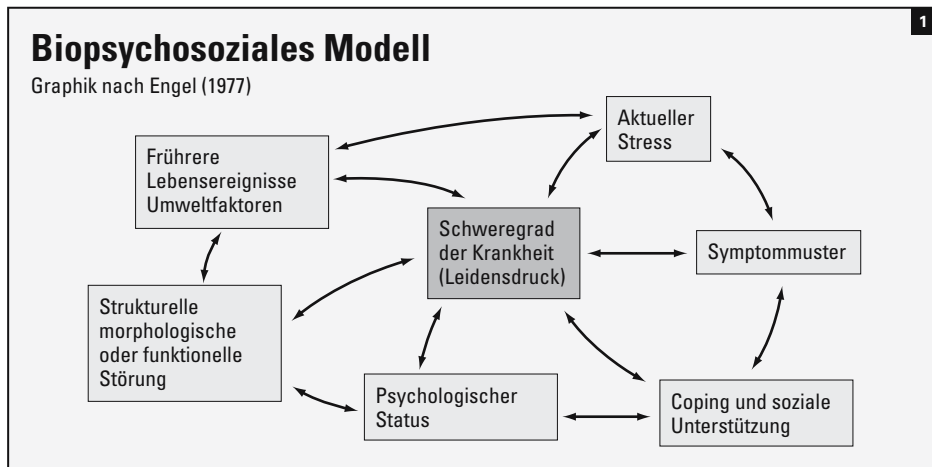
Vor ungefähr 50 Jahren beschrieb Franz Alexander (1950 und 1968) die Theorie, dass Erkrankungen auf Basis einer konstitutionellen Prädisposition, eines spezifischen intrapsychischen Konfliktes und äußerer auslösenden Faktoren entstehen können. Diese Theorie wurde am Beispiel von sieben Erkrankungen beschrieben, die später als die klassischen „psychosomatischen Erkrankungen“ bezeichnet wurden.

Zu diesen wurde auch die Colitis ulcerosa oder das Ulkusleiden gezählt. Dieses Konzept war damals ein Fortschritt, da nun verstärkt auch die psychosoziale Dimension dieser Krankheiten berücksichtigt und beforscht wurde; andererseits erwies sich die Annahme einer spezifischen „Krankheits-Persönlichkeit“ (als mögliche Prädisposition für die Erkrankung) bald als Bumerang; zwar konnten krankheitsspezifische Konflikte und Persönlichkeitsstrukturen später in kontrollierten Studien nie verifiziert werden, die Theorie führte aber zum „Schubladisieren“ oder Stigmatisieren der Betroffenen. Leider hielt sich diese Bezeichnung der „psychosomatischen Erkrankung“ hartnäckig für diese von Franz Alexander beschriebenen Leiden, wie z. B. für die Colitis ulcerosa oder das Ulkusleiden, obwohl der Verlauf vieler anderer Erkrankungen ebenso oder sogar deutlicher dem Einfluss psychischer Faktoren

unterliegt (z. B. die koronare Herzkrankheit). Jedenfalls ist der Nachweis prämorbid, krankheitsspezifischer Konflikte oder einer krankheitsspezifischen Persönlichkeitsstruktur retrospektiv (bei bereits Erkrankten) kaum möglich. Das biopsychosoziale Modell erweiterte das Verstehen der Erkrankungen und löste die Theorie von spezifisch „psychosomatischen Krankheiten“ weitgehend ab.

## Das biopsychosoziale Modell nach George Engel

Das biopsychosoziale Modell nach George Engel (1977) stellt einen wesentlichen Fortschritt im Verständnis aller Erkrankungen dar. Dabei handelt es sich um eine integrierte Betrachtungsweise von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren (Abb. 1).



Betroffene wie Betreuende profitieren nicht nur in der Diagnostik und der Therapie durch dieses Modell, sie profitieren auch in ihrer persönlichen Zufriedenheit im klinischen Alltag. Die integrative Psychosomatik im Sinne des biopsychosozialen

Modells versteht sich als Haltung in der täglichen klinischen Praxis und auch in der Forschung. Sie ist ein Fortschritt gegenüber dem reduktionistischen bio-medizinischen Verständnis von Krankheit und Gesundheit und erweitert die diagnostischen und

therapeutischen Möglichkeiten. Im allein bio-medizinischen Krankheitsverständnis werden lineare Wirkmechanismen von biologischen Faktoren als Erklärung (Ätiologie) für die Entstehung von Leidenszuständen dargestellt. Im dualistischen Krankheitsverständnis werden Krankheit und Kranksein häufig getrennt und entweder organische (morphologische) oder psychische Ursachen für das Leiden verantwortlich gemacht. Im biopsychosozialen Modell tragen sowohl biologische als auch psychosoziale und kulturelle Faktoren für die Prädisposition, den Beginn und den Verlauf einer Erkrankung bei. Insbesondere wird bei dieser Betrachtung auch das Verhalten der Leidenden verständlicher, warum und wie sich die Betroffenen als PatientInnen präsentieren.

### **Definition von Psychosomatischer Medizin, Gesundheit und Krankheit im biopsychosozialen Modell**

Psychosomatische Medizin erforscht das Zusammenwirken somatischer, psychischer und sozialer Faktoren bei körperlichen Beschwerden und Erkrankungen, um die Rolle dieser Faktoren in Diagnostik und Therapie berücksichtigen zu können.

Dies bedeutet, dass mit Psychosomatik nicht die Erforschung einer Psychogenese oder Psychotherapie bestimmter Erkrankungen gemeint ist, sondern im biopsychosozialen Modell nach George Engel (1977) die Erweiterung der Diagnostik und Thera-

pie aller Krankheiten um die psychosoziale Dimension. Krankheit und Gesundheit sind im biopsychosozialen Modell nicht als ein Zustand definiert, sondern als ein dynamisches Geschehen (Egger, 2005).

Gesundheit bedeutet die ausreichende Kompetenz des Menschen, Störungen auf beliebigen Systemebenen autoregulativ zu bewältigen. Nicht das Fehlen von pathogenen Keimen (Viren, Bakterien etc.) oder das Nichtvorhandensein von Störungen/Auffälligkeiten auf der psychosozialen Ebene bedeuten demnach Gesundheit, sondern die Fähigkeit, diese pathogenen Faktoren ausreichend wirksam zu kontrollieren.

Krankheit stellt sich dann ein, wenn der Organismus die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und relevante Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind bzw. ausfallen.

Nach diesem Modell kann es keine „psychosomatischen Krankheiten“ an sich ge-

ben, obgleich dieser Begriff historisch zu verstehen ist und auch heute noch verwendet wird für Krankheiten, bei denen psychosoziale Faktoren bei der Entstehung und im Verlauf besonders zu beachten sind (z. B. funktionelle gastrointestinale Störungen). Krankheit und Gesundheit sind im biopsychosozialen Modell nicht als ein Zustand definiert, sondern als ein dynamisches Geschehen: Gesundheit muss in jeder Sekunde des Lebens „geschaffen“ werden (Egger, 2005). Der Begriff der „Psychosomatischen Krankheiten“ suggeriert aber eine Dichotomie (entweder psychisch oder somatisch krank), die weder logisch, noch im klinischen Alltag nachvollziehbar ist.

Psychosoziale Faktoren können potenziell bei jedem Krankheitsprozess einfließen, und dies ist das Wesentlichste am biopsychosozialen Verständnis von Krankheiten. Wie kann nun dieses mehrdimensionale, ganzheitliche Krankheitsverständnis in die klinische Praxis von Gastroenterologen umgesetzt werden? Herbert Weiner (2001) schlägt ein integratives Konzept vor, das als multifaktorielles, integriertes Modell bezeichnet werden kann. So kann, umgesetzt auf die Verdauungskrankheiten, jedes Leiden sowohl diagnostisch als auch therapeutisch von der physiologischen, der psychologischen und der ökosozialen Ebene beurteilt werden (Tabelle 1).

**Tabelle 1.** Nach Egger (2005)

<b>Beobachtungsebene</b>	<b>Diagnostik</b> Bisherige diagnostische Erkenntnisse (Fakten von Interpretationen trennen!)	<b>Therapie</b> Konsequenzen für die weitere Behandlung (Konkrete Schritte und Überlegungen)
<b>Biologisch</b> Organmedizinische Aspekte, biomedizinische Daten	z. B. ätiologische und pathogenetische Aspekte ..... ..... .....	Physikalische, medikamentöse, chirurgische Interventionen ..... ..... .....
<b>Psychologisch</b> Eigenheiten des Erlebens und Verhaltens, individueller Lebensstil	z. B. auslösende und/oder aufrechterhaltende Faktoren, Persönlichkeitsaspekte, Bewältigungsstil, subjektive Krankheitstheorie.. ..... ..... .....	Ärztliche Gespräche, psychologische Beratung, Entspannungstechniken, psychotherapeutische Verfahren ..... ..... .....
<b>Ökosozial</b> Familiäre, beruflich-gesellschaftliche und andere umweltbezogene Lebensbedingungen	z. B. soziales Netzwerk/sozialer Rückhalt, akut oder chronisch belastende Stressoren in Beruf/Familie/Wohnbedingungen ..... ..... .....	Informative Beratung, Vermittlung von helfenden Kontakten zu Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen oder Vereinen, Familie, Arbeitsplatz, Behörden ..... ..... .....

Dies entspräche dem Prinzip der „Simultandiagnostik“ und „Simultantherapie“ in einem multiprofessionellen Team. So ist zum Beispiel beim Morbus Crohn für die

Diagnose und Therapie nicht nur die klinische Erfahrung in der Gastroenterologie gefragt, sondern auch die in der Pathologie, der Röntgenologie, der Labormedizin usw.,