

# SPECULUM

**GEBURTSHILFE / FRAUEN-HEILKUNDE / STRAHLEN-HEILKUNDE**

**FORSCHUNG / KONSEQUENZEN**

Gründling H

**Zwischen Evidenz und Forensik - Psychosomatik als  
Chance**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2007; 25 (4)  
13-18*

**Homepage:**

**[www.kup.at/speculum](http://www.kup.at/speculum)**

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**



## Zwischen Evidenz und Forensik – Psychosomatik als Chance

H. Gründling

*“... from putting knowledge before wisdom,  
science before art and  
cleverness before common sense,  
from treating patients as cases,  
... Good Lord, deliver us.”*

*(Sir Robert Hutchison, 1953)*

### Psychosomatik als Chance

Vom 16. bis 18. November 2007 fand in Linz die 25. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik in Gynäkologie und Geburtshilfe (ÖGPGG) statt. Dieser Jubiläumskongreß machte einerseits die lange Geschichte der ÖGPGG, andererseits die ständige Notwendigkeit, psychosomatisches oder biopsychosoziales Denken und Handeln in die tägliche Praxis einfließen zu lassen, evident.

Die ÖGPGG wurde 1982 auf Initiative von P. Kemeter, M. Springer-Kremser, B. Wimmer-Puchinger, U. Fennesz, A. Beck, M. Ringler, H. Neumann und A. Rockenschau gegründet. Zweck der Gesellschaft war und ist es, das Zusammenspiel von körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren im Leben der Frau, in Physiologie und Pathologie, in Forschung, Klinik und Lehre zu vertreten. Die Ausrichtung der Gesellschaft war immer interdisziplinär und methodenpluralistisch. Ihre Mitglieder kommen daher aus verschiedenen Disziplinen. Sie sind ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, Hebammen, Schwestern, StudentInnen etc.

Das Thema der Tagung „Zwischen Evidenz und Forensik – Psychosomatik als Chance“ sollte das Korsett, in das die Medizin zunehmend durch Leitlinien, allgemeine Vorgaben und forensischen Druck eingepaßt wird, bewußt machen und Lösungen aufzeigen, um den individuellen Bedürfnissen von Patientin und Arzt/Ärztin mehr gerecht zu werden.

Der Begrüßungsabend fand im modernen Museum Lentos statt, das in seiner architektonischen Formensprache ganz hervorragend die Thematik dieses Kongresses repräsentierte – die Leitlinien der Evidence-based Medicine (EBM) zu beiden Seiten, die Forensik als schwerer Balken darüber, in der Mitte das Individuum, Patientin, Arzt/Ärztin oder TherapeutIn.

Der Evidenz und ihrer Relevanz kommen wir nirgendwo näher als in der individuellen Situation eines bestimmten Menschen, also kontextuell, auf die Spur. Aus diesen Spuren werden in der EBM sekundär kollektive Augenscheinlichkeiten abstrahiert. Psychosomatik dagegen birgt in sich die Chance eines ursprünglichen Einlassens auf konkrete Menschen, ihre Geschichte und ihre Situation. Eine Weiterentwicklung der EBM führt schließlich zur Human-based Medicine (HBM), die diesen Menschen in ihren Mittelpunkt stellt: die individuelle Patientin und den/die mit ihr im Dialog befindliche/n Arzt/Ärztin, PsychotherapeutIn, Hebamme, Schwester. Nur in dieser Form werden heilkundliche Dimensionen erfüllt und wirklich evident.

Vorträge, Gruppenarbeit, eine Vorlesungsreihe über psychosomatische Grundversorgung für NeueinsteigerInnen sowie eine Podiumsdiskussion zum Thema „Aufklärung – quo vadis?“ versprachen auch von der Art der Zugangsweisen ein vielfältiges und spannendes Tagungsgeschehen. Ganz bewußt wurden praxisrelevante Fragestellungen erörtert, um auch für GynäkologInnen ohne psychosomatische Ausbildung biopsychosoziale Aspekte aufzuzeigen und Handlungsorientierungen zu geben. Das Spannungsfeld „Evidenz – Forensik – psychosozialer Kontext“ war die Basis und sichtbare Klammer für alle ReferentInnen bei der Erörterung spezieller Krankheitsbilder in Gynäkologie, Geburtshilfe und Pränatalmedizin. Eine Übersicht über die Themen der Vorträge und Arbeitsgruppen geben Tabelle 1 und 2.

**Tabelle 1:** Vortragsthemen der 25. Jahrestagung der ÖGPGG

• Die ärztliche Intuition – Notwendigkeit oder Verführung
• Evidence-based Medicine versus Philosophy-based Medicine – eine Kritik
• EBM in der Geburtshilfe
• Endometriose – eine psychosomatische Erkrankung?
• Unterbauchschmerzen – Differenzierung psychischer und somatischer Ursachen
• Sexuelle Symptome – ein Schutz für die Liebe? Eine systemische Betrachtung weiblicher Sexualstörungen
• Ausnahmezustand Schwangerschaft
• Ausnahmezustand Geburt
• Ausnahmezustand Wochenbett
• Psychisches Erleben von pränataler Magnetresonanztomographie
• Vom Defekt zur Vielfalt – ein neues Konzept der psychosozialen Beratung nach pränataler Diagnose einer Genveränderung
• Das ungenützte Potential der Medizin
• 10 Gebote zur Vermeidung von/zum Umgang mit Haftpflichtansprüchen

**Tabelle 2:** Themen der Arbeitsgruppen der 25. Jahrestagung der ÖGPGG

• Der Körper als Chance – Einführung in die konzentrierte Bewegungstherapie
• Das psychosomatische Management von Blutungsstörungen
• Sexualität und Intimität im medizinischen Alltag – wie kann Kommunikation gelingen?
• Psychosomatik – eine Chance in klinischen Strukturen
• Stimmungsschwankungen, Ängste und Schmerzen als Nebenwirkungen der Brustkrebsbehandlung
• „Reden ist Silber, Schweigen ist Gold“ – Kommunikationsprobleme im medizinischen Alltag
• Burnout im Kreißsaal – Motivationstraining für Geburtshelfer und Hebammen
• Psychosomatische Grundversorgung in Frauenheilkunde und Geburtshilfe

## Evidence-based Medicine

EBM erfordert entsprechend ihren Grundsätzen eine Integration der bestmöglichen wissenschaftlichen Evidenz mit unserer eigenen klinischen Erfahrung sowie den persönlichen Umständen und Wünschen unserer Patientinnen [1]. Auch die gebräuchlichste Definition von EBM (s. Kasten) kombiniert Expertise mit optimaler Evidenz. Mit diesem Anspruch erreicht EBM nicht nur eine hohe Behandlungsqualität im Sinne eines logisch-linearen Denkens, sondern auch die Erfüllung menschlicher Bedürfnisse der Patientin wie des Arztes oder Therapeuten. In dieser „ganzheitlichen“ Bedeutung ist EBM weit weg von einer „Kochbuch-Medizin“ oder vom sturen Befolgen einmal aufgestellter Leitlinien, deren notwendige Revision oft nach dem schwierigen Prozeß der Ersterstellung jahrelang auf sich warten läßt.

Die Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hat bisher insgesamt 15 Leitlinien veröffentlicht, ihre deutsche Schwester DGG listet auf ihrer übersichtlichen und einfach zugänglichen Homepage insgesamt 111 Leitlinien aus allen Bereichen unseres Fachgebietes auf, darunter auch zwei psychosomatisch orientierte (Unterbauchschmerzen, Sterilität). Für viele Situationen des klinischen Alltags stehen keine Leitlinien zur Verfügung. Es gibt sogar divergierende Empfehlungen in einzelnen Ländern. Der Prozeß der Konsensfindung bei der Neuverfassung von Leitlinien ist von zahlreichen Einflußfaktoren abhängig und auf Grund mangelnder oder fehlender Level-1-Studien oft schwierig und langwierig. Eine europaweite Angleichung der Empfehlungen ist wünschenswert, um für die tägliche Praxis eine wertvolle Basis für Entscheidungen in der Hand zu haben.

### Gebräuchliche Definition von EBM [2]:

*“Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research.”*

„EbM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.“

Viele Hoffnungen wurden und werden in die Ergebnisse großer prospektiv-randomisierter Studien gesetzt, deren Schlußfolgerungen für ein bestimmtes Patientenkollektiv entsprechend den Ein- und Ausschlusskriterien und unter den speziellen Rahmenbedingungen (Klinik, Region) zutreffen. Beispiele für nachhaltige Konsequenzen aus diesen wissenschaftlichen Arbeiten für unseren Fachbereich sind die Women's Health-Initiative (WHI) und die One-Million-Women-Study sowie der Term-Breach-Trial. Daraufhin wurden sowohl die Hormonsubstitution als auch die vaginale Beckenendlagegeburt nahezu verworfen. Spätere Publikationen haben die Qualität und Methodik der Studien zurecht heftig kritisiert. 2005 wurden in Österreich bereits 92 % aller Beckenendlagen mit Kaiserschnitt entbunden, für die Inanspruchnahme einer peri- und postmenopausalen Hormongabe gibt es keine aktuellen Zahlen, abgesehen vom Rückzug zahlreicher Pharmafirmen aus diesem Segment. Allerdings erscheinen in letzter Zeit auch sehr erfreuliche Daten aus den USA, die einen Rückgang von Brustkrebsfällen seit dem plötzlichen Ende der Hormonsubstitution 2002 erbrachten [3].

Zum kritischen Überdenken der Aussagekraft großangelegter klinischer Studien gibt uns ein 2005 von John Ioannidis [4] publizierter Artikel Anlaß, der zum Schluß kommt, daß wissenschaftliche Arbeiten keine neuen Wahrheiten, sondern lediglich neue Hypothesen produzieren, die einer weiteren Überprüfung bedürfen. Besondere Probleme weisen Studien hinsichtlich ihrer statistischen Signifikanz dann auf, wenn Selektionskriterien, Definitionen, Outcome und Analysemethoden unscharf formuliert sind oder mehrere Teams multizentrisch zusammenarbeiten. Dabei ist zwar die Arbeit der Cochrane-Collaboration von unschätzbarem Wert, um die Qualität der Vielzahl an Studien regelmäßig zu beurteilen. Ihre Schlußfolgerungen führen allerdings häufig zu mehr Fragen als Antworten.

Je mehr Daten in großen Studien erfaßt werden, umso schwieriger ist es, die Durchschnittspatientin der Studie mit der speziellen Patientin zu vergleichen.

### Forensische Bedrohung

Aktuelle Urteile des OGH gerade im Bereich der Geburtshilfe und der Pränataldiagnostik führten zu tiefer Betroffenheit und heftigen Diskussionen. Defensivmedizinische

Konzepte werden oftmals als einzige Lösung gefordert, wie vermehrte operative Entbindungen, eine umfassende und damit verängstigende Aufklärung sowie eine sorgfältige Dokumentation. Für manche Ärzte bedeuten diese Urteile auch eine Verabschiedung aus diesen gefährlichen Sparten unseres Faches und eine Zuwendung zu weniger riskantem Arztsein.

Aus diesem Konflikt wurden von Husslein 10 Gebote postuliert, um für eventuelle Haftpflichtansprüche gerüstet zu sein oder diese überhaupt zu vermeiden [5]. Neben einer einzigen Muß-Formulierung hinsichtlich der Befolgung von Richtlinien und Gesetzen scheinen neun Soll-Forderungen auf, deren Umsetzung in der täglichen Praxis zumindest noch optimierbar ist. Ressourcenknappheit bei Zeit und Personal erschwert vielerorts den geforderten Facharztstandard, die optimale Aufklärung und Dokumentation sowie auch die Verfügbarkeit aktueller Leitlinien. Wertvolle menschliche Empfehlungen sind das Ernstnehmen von Patientenbeschwerden, die Wertschätzung von KollegInnen sowie die aristotelische Gelassenheit im Falle einer Klage.

Aufklärung als Schlagwort scheint in vielen Fällen der Schlüssel zum Erfolg. Doch wie geschieht richtige Aufklärung? Empfehlungen werden meistens von Juristen, Rechtsmedizinern oder Versicherungsexperten gegeben. Gefordert wird dabei einerseits eine Information über mögliche Alternativmethoden, die ausführliche Darlegung der gewählten Behandlungsmethode mit allen wichtigen und häufigen Komplikationen, insbesondere auch von sehr seltenen Ereignissen, die aber zu einer wesentlichen Beeinträchtigung der Entscheidungsfindung durch Verängstigung führen. Mit einer entsprechenden Skizzierung und schriftlichen Ergänzung auf den zumeist verwendeten Perimed-Bögen kann die Aufklärung als formal richtig abgeschlossen werden. Über das, was die zu behandelnde Patientin wirklich wahrgenommen hat, herrscht meistens Ungewißheit. Welche Ängste wurden durch die Aufklärung zusätzlich ausgelöst, was hat sie wirklich verstanden?

Kommunikationstechnik und -training gehören nicht zum allgemeinen Ausbildungskonzept unserer TurnusärztInnen, obwohl bekannt ist, daß 92 % der Information im Arzt-Patientin-Kontakt auf nonverbaler Ebene transportiert werden. Entscheidend ist, gerade diese Kommunikationsebenen in Work-

shops oder Seminaren zu spiegeln, um auch die bestmögliche Interaktion zu erreichen. Weniger Inhalt bringt dabei oft mehr Resonanz und Verstehen, steht aber im Gegensatz zum Forderungskatalog der AufklärungsexpertInnen. Dies führt in der Regel zu einem erhöhten Zeitaufwand, der jedoch aus ökonomischen Gründen oft fehlt. Allerdings zeigen die Erfahrungen aus der juristischen Praxis, daß Klagen viel seltener stattfinden, wenn die Interaktion im Komplikationsfall emotional positiv erlebt wurde.

In letzter Zeit erschienene Bücher über psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde sowie über Kommunikation als Erfolgsfaktor in der Medizin weisen auf die zunehmende Bedeutung dieses Themas hin [6, 7]. Lehrbücher im angloamerikanischen Bereich wie Harrisons „Principles of Internal Medicine“ oder Berek und Novaks „Gynecology“ führen diese Gesprächstechniken oft in ihren ersten Kapiteln auf, in deutschsprachigen Lehrbüchern der Gynäkologie und Geburtshilfe kommen diese Themen – wenn überhaupt – erst in den letzten Kapiteln vor. In Harrisons Lehrbuch heißt es: *„Takt, Sympathie und Verständnis werden vom Arzt erwartet, weil der Patient nicht nur aus einer Sammlung von Symptomen, Befunden, Funktionsstörungen, Organschädigungen und emotionellen Verwirrungen besteht. Der Patient ist menschlich, voller Furcht und Hoffnung ... Der wahre Arzt hat eine shakespeare'sche Interessensbreite für den Weisen und den Narren, den Stolzen und den Bescheidenen, den stoischen Helden und jammernnden Schelm. Er kümmert sich um den Menschen“* [8].

### Stellenwert der Psychosomatik heute

Im KollegInnenkreis hat die psychosomatische Medizin in unserem Fachbereich aus verschiedenen Gründen eine Randstellung. Einerseits gibt es keine integrierte psychosomatische Grundausbildung für angehende FrauenärztInnen wie in Deutschland, andererseits werden psychosomatische Themen und Ursachen gerne in das psychische Eck „entsorgt“. Letzterem kommt sicherlich auch der etwas ungünstige Begriff „Psychosomatik“ entgegen, der formal-semantic die Psyche überbetont und psychische Ursachen für Erkrankungen in den Vordergrund stellt.

Heute sprechen wir besser von einem bio-psycho-sozialen Modell, das die Wechsel-

beziehungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren beinhaltet. Jeder Arzt mit diesem Grundverständnis ist gefordert, nicht nur die Ursachen auf diesen komplexen Ebenen zu finden, sondern auch im Verlauf der Behandlung immer wieder zwischen den einzelnen Polen hin- und herzuspringen, um die Gefahr einer einseitigen Betrachtung zu minimieren.

Uexkülls Veröffentlichungen [9] zur psychosomatischen Medizin haben die Entwicklung dieser Disziplin entscheidend geprägt. Eine somatisch ausgerichtete „Medizin ohne Seele“ und eine „Psychologie ohne Körper“ werden nicht dem Anspruch gerecht, der an eine Humanmedizin zu stellen ist. Deshalb setzte sich der Nestor der psychosomatischen Medizin mit Nachdruck für eine integrierte Medizin ein, in der die Psychosomatik keine randständige Spezialdisziplin bleibt, sondern *„freudig ihrer Selbstaufhebung im Rahmen einer neuen Heilkunde entgegensteht“* [10].

Springer-Kremser, ein Gründungsmitglied der ÖGPGG, betont in ihrem Buch „Patient Frau“ [11] diese Betrachtungsweise, in der leidende Individuen als Ganzheit gesehen werden. Eine psychosomatische Sichtweise bedeutet, daß das gesamte soziale Umfeld einer Person, aus dem Störungen und Belastungen kommen können, in die Planung des therapeutischen Prozesses und auch in die Planung des Selbsthilfeprozesses mit einbezogen werden muß, da eine bloße Behebung organischer Störungen zwar den Aspekt der psychischen Belastung, der aus der organischen Störung resultiert, bessern kann, nicht aber die vielen anderen Aspekte, die in weiterer Folge wieder zu organischen Störungen führen können.

Aber auch Persönlichkeiten aus anderen Fachdisziplinen, wie der Kardiologie B. Lown, Friedensnobelpreisträger und Erfinder des Defibrillators, weist in seinem Buch „The lost art of healing“ auf die Bedeutung einer menschlichen Medizin hin. Er stiftet uns ÄrztInnen dazu an, uns wieder auf Werte, Fertigkeiten und Kenntnisse zu besinnen, die uns befähigen, nicht nur unseren PatientInnen besser gerecht, sondern auch selbst zufriedener in unserem Beruf zu werden. *„Für viele Probleme, denen ein Arzt begegnet, gibt es keine einleuchtende Erklärung. Aber ob es sie nun gibt oder nicht: Die lästigen Beschwerden müssen behandelt werden! Ein Arzt muß große Erfahrun-*

gen besitzen, will er die Kunst der Navigation auf den Gewässern der Ungewißheit beherrschen, ganz besonders in der heutigen Zeit, in der die Ärzte mehr denn je nach Gewissheit verlangen“ [12].

### Indikationen für eine psychosomatische Behandlung

Die Liste der Erkrankungen, bei denen in unserem Fachbereich psychosomatisches Denken und Handeln angewandt werden kann und soll, ist umfangreich (Tab. 3). Entscheidend sind jedoch nicht erst die Diagnosen, wo sekundär dann nach psychosozialen Ursachen geforscht bzw. an andere Berufsgruppen (PsychologInnen, PsychotherapeutInnen) delegiert werden kann, sondern die Wachsamkeit jedes einzelnen Arztes, jeder einzelnen Ärztin, bereits bei der Anamnese und der Schilderung der Beschwerden auf mögliche, nicht somatische Einflußfaktoren hellhörig zu sein.

Gerne wird im KollegInnenkreis die Zeitknappheit als Argument gegen diesen ganzheitlichen Ansatz im Erstkontakt mit der Patientin eingebracht, und damit werden wertvolle Informationen für die korrekte Diagnose außer acht gelassen. Denn schon im aufmerksamen Zuhören im Sinne weiterer patientenorientierter Kommuni-

**Tabelle 3:** Indikationen für einen psychosomatischen Behandlungsansatz

<b>Gynäkologie</b>
• Blutungs- und Zyklusstörungen
• Unterbauchschmerzen
• Pruritus vulvae
• Fluor genitalis
• Klimakterium und Altern
• Sexualstörungen
• Onkologie
• Postoperative Probleme
• Prämenstruelles Syndrom und Dysmenorrhoe
• Kontrazeption
<b>Geburtshilfe</b>
• Hyperemesis gravidarum
• Vorzeitige Wehen
• Folgen der Pränataldiagnostik
• Abortus (habitualis), Interruptio oder Totgeburt
• Schwangerschaftskonflikte
• Traumatisches Geburtserlebnis
• Geburtsvorbereitung und Geburtsleitung
• Angststörungen und Wochenbettdepression
• Sterilität
• Stillprobleme

kation liegt häufig der Schlüssel zur erfolgreichen Behandlung. Oft erscheinen Patientinnen bereits mit einer selbst gestellten Organdiagnose und beeinflussen damit das weitere Management. In dieser Situation genügt für die Patientin der Hinweis, lediglich ihre Beschwerden mitzuteilen, diese aber sehr ausführlich und bis ins Detail.

Frauen, die beispielsweise wegen Unterbauchschmerzen vorstellig werden, erhalten nach wie vor häufig die organzentrierten Diagnosen „Adnexitis“ oder im Fall einer Schwangerschaft „vorzeitige Wehentätigkeit“. Antibiotika und Tokolytika führen daher die Medikamentenrankings im ambulanten wie auch im stationären Setting an. Selten wird die Qualität der Schmerzempfindung genau hinterfragt und damit keine Differenzierung in organische und neurogene Ursachen ermöglicht. Brennende, stechende oder ziehende Schmerzen können in der Regel nicht durch ein viszerales Organ im Unterbauch ausgelöst werden, sondern sind meistens neurogenen Ursprungs. Eine differenzierte Tastuntersuchung des kleinen Beckens mit besonderer Berücksichtigung des Beckenbodens (M. levator) und der Parasakralregion (N. pudendus) kann danach die Verdachtsdiagnose erhärten und auch Fragen nach möglichen psychosozialen Faktoren induzieren. All dies kann in der üblichen gynäkologischen Untersuchung erfolgen, führt aber zu einer ganzheitlichen Diagnostik mit mehr Zufriedenheit bei Patientin und Arzt/Ärztin. Nebenbei führen diese Maßnahmen häufig zu einer Kostenreduktion für unser Gesundheitssystem (Medikamente, stationäre Aufnahmen).

Bereits 1982 formulierte Stauber, ein Wegbereiter der psychosomatischen Medizin in Deutschland, das noch heute gültige Ideal: „*Psychosomatische Medizin kann meiner Überzeugung nach vor allem dann effektiv sein, wenn sie integrativ verstanden wird. Psychosomatische Medizin bedeutet aber in der Praxis gleichzeitige Betrachtung von Soma und Psyche. Dieses Konzept von der Leib-Seele-Einheit fordert eine ganzheitliche Betrachtungsweise. In der Routine des Klinikalltags sollten somit psychosomatische Aspekte direkt einfließen. Bei einer alleinigen Förderung abgetrennter psychosomatischer Abteilungen bestünde die Gefahr, daß sich beide Blöcke in der Medizin zementieren: Auf der einen Seite Somatiker, auf der anderen Seite Psychiker*“ [13, 14].

## Zukunft der Psychosomatik

Seit 1994 gehört in Deutschland die Grundausbildung in psychosomatischer Medizin zu den obligaten Weiterbildungsinhalten der frauenärztlichen Facharztausbildung. Dabei sind Theorie-seminare (20 Stunden), Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechnik (30 Stunden) und Balint-Gruppenarbeit mit Falldarstellungen (30 Stunden) nachzuweisen. Im Sinne von Qualitätssicherung und zur umfassenden Nachwuchsförderung wären ähnliche Strukturen und Inhalte auch für Österreich essentiell. Immerhin werden bei der Facharztprüfung 2 psychosomatische Fragen zu beantworten sein – ein zarter Beginn.

Die ÖGPGG plant erstmals gemeinsam mit den psychosomatischen Gesellschaften Deutschlands und der Schweiz einen Kongress, der im März 2009 in Salzburg zum Thema „(Ver-)Bindung“ stattfinden wird. Dieser Zusammenschluß der nationalen Gesellschaften zu einer großen Plattform ermöglicht einen intensiveren Austausch in Forschung und Klinik und eine Stärkung der Interessen der drei Vereinigungen.

Wehkamp hat in seinem Buch „Das ungenutzte Potential der Medizin“ [15] viele Fragen der Individualmedizin und der Gesundheitspolitik aufgezeigt und einen fundierten Anstoß zu einem Paradigmenwechsel – weg von der alleinigen Vorherrschaft der Technik, hin zum Menschen – formuliert. Denn *„viele Ärzte, Pflegende und andere medizinische Fachpersonen wählen ihren Beruf mit großem Idealismus, der im Verlauf ihres Berufslebens in Zynismus oder Resignation umschlägt. Damit wird auf unverantwortliche Weise ein enormes menschliches Potential ver-*

*geudet“*. Genau dagegen arbeitet richtig verstandene psychosomatische Medizin.

### LITERATUR:

1. Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB. Evidence-based medicine. Elsevier/Churchill Livingstone, Edinburgh, 2003.
2. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71–2.
3. Clarke CA, Glaser SL. Declines in breast cancer after the WHI: apparent impact of hormone therapy. Cancer Causes Control 2007; 18: 847–52.
4. Ioannidis JP. Why most published research findings are false. PLoS Med 2005; 2: e124.
5. Husslein P. 10 Gebote zur Vermeidung von/zum Umgang mit Haftpflichtansprüchen. Editorial. Speculum 2007; 25 (1): 5.
6. Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy T. Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 2005.
7. Kutscher P, Seßler H. Kommunikation – Erfolgsfaktor in der Medizin. Springer, Berlin, 2007.
8. Harrison TR. Prinzipien der inneren Medizin. Deutsche Ausgabe. Schwabe, Stuttgart, 1986.
9. Uexküll T, Weick W. Theorie der Humanmedizin: Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. Urban und Schwarzenberg, München, 1998.
10. Otte R, Uexküll T. Von der Psychosomatik zur Integrierten Medizin. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2001.
11. Springer-Kremser M, Ringler M, Eder A. Patient Frau – Psychosomatik im weiblichen Lebenszyklus. Springer, Wien, 2001.
12. Lown B. Die verlorene Kunst des Heilens – Anstiftung zum Umdenken. Schattauer, Stuttgart, 2004.
13. Neuhaus W. Psychosomatik in Gynäkologie und Geburtshilfe. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. Bücherei des Frauenarztes. Band 23. Enke im Thieme Verlag, Stuttgart, 2000.
14. Fervers-Schorre B, Poettgen H, Stauber M. Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Springer, Berlin, 1985.
15. Bircher J, Wehkamp KH. Das ungenutzte Potential der Medizin – Analyse von Gesundheit und Krankheit zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Rüfer & Rub, Zürich, 2006.



### Prim. Dr. Harald Gründling

Medizinstudium in Wien, Promotion 1977. Anschließend Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin (bis 1986) und zum Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im LKH Steyr (Vorstand: Univ.-Prof. Dr. E. Golob). Von 1.1.1991 bis 30.9.2003 Oberarzt im LKH Steyr, seit Oktober 2003 Vorstand der Abteilung für Geburtshilfe und Frauenheilkunde im KH der Barmherzigen Brüder in Linz. ÖÄK-Diplome für psychosoziale und psychosomatische Medizin. ÖGUM-II-Zertifizierung in der Pränataldiagnostik. Otto-Thalhammer-Preis 1998. Vorstandsmitglied der ÖGPGG

### Korrespondenzadresse:

Prim. Dr. Harald Gründling  
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz, Abteilung für Geburtshilfe und Frauenheilkunde  
A-4021 Linz, Seilerstätte 2  
E-Mail: harald.gruendling@bblinz.at

ANTWORTFAX

# SPECULUM

Hiermit bestelle ich

ein Jahresabonnement  
(mindestens 4 Ausgaben) zum  
Preis von € 36,- (Stand 1.1.2007)  
(im Ausland zzgl. Versandkosten)

Name

Anschrift

Datum, Unterschrift

## Einsenden oder per Fax an:

Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft,  
Postfach 21, A-3003 Gablitz, **FAX: +43 (0) 2231 / 612 58-10**

---

**Bücher & CDs**  
**Homepage: [www.kup.at/buch\\_cd.htm](http://www.kup.at/buch_cd.htm)**

---

## Unsere Sponsoren:

**BA****CA** Real Invest

Real Invest Austria.  
Der erste österreichische Immobilienfonds.

☎ 01/331 71-9000  
oder [www.realinvest.at](http://www.realinvest.at).