

Ophthalmologie 2022 · 119:757–765
<https://doi.org/10.1007/s00347-022-01670-y>
Angenommen: 19. Mai 2022
Online publiziert: 10. Juni 2022
© The Author(s), under exclusive licence to
Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2022

Wissenschaftliche Leitung

Franz Grehn, Würzburg
Horst Helbig, Regensburg
Wolf A. Lagrèze, Freiburg
Uwe Pleyer, Berlin
Berthold Seitz, Homburg/Saar



CME

Zertifizierte Fortbildung

Psychosomatik in der Augenheilkunde

Jutta Wiek¹ · Gabriele Emmerich²

¹ MVZ Augenzentrum Wangen, Wangen im Allgäu, Deutschland

² Praxis an der Lichtwiese, Darmstadt, Deutschland

Zusammenfassung

Ein Patient, der sich zu einer Untersuchung und Behandlung in der Augenklinik oder der Augenarztpraxis vorstellt, kommt nicht nur als „krankes Auge“, sondern als ein Mensch mit seiner genetischen Prädisposition, seiner Sozialisation, seiner Lebenserfahrung und seinen individuellen Verhaltensweisen, die nicht nur die Erkrankung des Auges, sondern auch die Kommunikation mit dem Patienten, die Patienten-Arzt-Beziehung sowie die Umsetzung und den Erfolg der Therapie beeinflussen. Der Patient ist keine chemisch-physikalische Maschine, sondern nach dem biopsychosozialen Modell fließen biologische, psychologische und soziale Faktoren in das Verhalten des Patienten ein und beeinflussen seine Krankheitsbewältigung. Eine psychosomatische Herangehensweise bei unserer augenärztlichen Tätigkeit bedeutet, den Patienten in seiner Gesamtheit anzunehmen und durch eine adäquate Kommunikation eine vertrauensvolle Patienten-Arzt-Beziehung aufzubauen. Mit einer ressourcenorientierten Herangehensweise kann der Patient in seiner Krankheitsbewältigung unterstützt und zu Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit hingeleitet werden. Für den Patienten und für den Augenarzt ist eine ausgewogene Work-Life-Balance im Rahmen der Eigenverantwortung wichtig. Die Fähigkeiten für ein psychosomatisch orientiertes Arbeiten lassen sich u. a. in der Ausbildung „Psychosomatische Grundversorgung“ erlernen.

Schlüsselwörter

Psychosomatische Grundversorgung · Biopsychosoziales Modell · Kommunikation · Patienten-Arzt-Beziehung · Work-Life-Balance

Online teilnehmen unter:
www.springermedizin.de/cme

Für diese Fortbildungseinheit
werden 3 Punkte vergeben.

Kontakt

Springer Medizin Kundenservice
Tel. 0800 77 80 777
(kostenfrei in Deutschland)
E-Mail:
kundenservice@springermedizin.de

Informationen

zur Teilnahme und Zertifizierung finden
Sie im CME-Fragebogen am Ende des
Beitrags.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Frau M. (72 J.) stellte sich wegen brennender Augen, Fremdkörpergefühl, Juckreiz und Schmerzen in der Praxis vor. Sie gab an, schon bei mehreren Augenärzten gewesen zu sein, Tränenersatzmittel, antibiotische Augentropfen und Kortison Tropfen bekommen zu haben, aber nichts hätte geholfen. Die Spaltlampenuntersuchung zeigte einen unauffälligen Befund, die Bindehaut war reizfrei mit leichten Stauchungsfalten am Unterlid, die Hornhaut war glatt und klar ohne Stippung. Der sonstige Augenbefund war ebenfalls unauffällig. Der Schirmer-Test zeigte eine leicht erniedrigte Tränenproduktion. Der Patientin wurden Tränenersatzmittel verschrieben, die sie bisher noch nicht hatte, mit der Ermahnung, sie häufig anzuwenden und nicht an den Augen zu reiben. Beim nächsten Besuch klagte die Patientin über unveränderte Symptome, der Befund war ebenfalls unverändert. Auf die Frage, wie denn ihre private Situation sei, wie es ihr sonst so gehe, brach sie in Tränen aus und berichtete, dass ihr Mann vor 1 Jahr verstorben sei, sie stünde nun mit dem großen Haus in einsamer Lage ganz allein da. Sie sei auf ihr Auto angewiesen, aber sie habe so große Angst vor einer Sehverschlechterung, da ihre Mutter an einer Makuladegeneration erblindet sei.

Bei der Patientin Frau M. spielen alle 3 Aspekte des biopsychosozialen Modells eine Rolle. Genetisch kann eine Prädisposition (bio) für eine Makuladegeneration vorliegen, davor hat die Patientin eine große Angst (psycho) entwickelt, ausgelöst durch den Tod ihres Mannes (sozial). Ein Verlust des Partners kann zu einer Depression führen, die Trauer kann nicht bearbeitet werden und wird auf körperliche Symptome verlagert. Das Alleinsein seit dem Verlusttrauma, die Angst, nicht mehr Autofahren zu dürfen und damit abhängig zu werden sowie die Belastung durch das Haus, der sie nun allein gegenübersteht, haben das innere Gleichgewicht von Frau M. durcheinandergebracht. Da ist es für Frau M. unbewusst einfacher, sich mit ihrer Aufmerksamkeit ständig um die Befindlichkeit ihrer Augen zu drehen und sich vom Augenarzt betreuen zu lassen, als die wirklich großen Probleme (Hausverkauf, Aufbau eines neuen sozialen Umfelds) in ihrem Leben anzugehen.

Lernziele

Nach Absolvieren dieser Fortbildungseinheit ...

- sollten Sie Ihre Patienten nicht nur als „Auge mit Krankheit“ ansehen, sondern als Menschen, die von **psychischen** und **sozialen** Faktoren beeinflusst werden, welche auch Einfluss haben auf die Augenerkrankung und den Umgang damit.
- sollten Sie Wert legen auf eine gute, gelingende **Kommunikation** mit Ihren Patienten.
- sollten Sie auf sich und Ihren Arbeitsalltag Acht geben, Ihre **Ressourcen** klug einsetzen und auffrischen, um viele Jahre mit Freude und ohne Burnout den augenärztlichen Alltag zu schaffen.
- sollten Sie Interesse daran gewonnen haben, an einem Kurs in **psychosomatischer Grundversorgung** teilzunehmen.

Einleitung

Ende des 20. Jahrhunderts gab es an vielen Universitätskliniken das Fach **Psychosomatik** noch nicht, und es musste um seine Legitimität ringen. Seit 25 Jahre ist die Psychosomatik in Deutschland eine eigenständige Disziplin, seit 2003 gibt es den Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Für die Facharztprüfung u. a. der Allgemeinmedizin und der Gynäkologie ist eine Ausbildung in psychosomatischer Grundversorgung obligat. Doch nicht in allen Fachgebieten wird der psychosomatische Aspekt gleichermaßen als wichtig erachtet. In dem Standardlehrbuch „Psychosomatische

Psychosomatics in ophthalmology

A patient who presents to undertake an examination and treatment in the eye clinic or the ophthalmologist's practice, comes not only as a "sick eye", but as a human being with a genetic predisposition, socialization, life experiences and individual behaviors. These influence not only the disease of the eye but also the communication with the patient, the patient-doctor relationship and the implementation and success of the treatment. In our ophthalmological practices, a psychosomatic approach means accepting the patient in his/her entirety and building a trusting patient-doctor relationship through adequate communication. With a resource-oriented approach the patient can be supported in coping with the illness and can be guided towards self-responsibility and self-efficacy. The skills for psychosomatically oriented work can be acquired through the training in basic psychosomatic care.

Keywords

Basic psychosomatic care · Biopsychosocial model · Communication · Patient-doctor relationship · Work-life balance

Medizin“ von Thure von Uexküll, welches seine Erstauflage 1979 hatte, findet sich nach Aufnahme eines Augenkapitels in der 3. Auflage nun in der 5. und neuesten Auflage keine Erwähnung der Augenheilkunde mehr. Ebenso gibt es in dem 2020 erschienenen Buch „Psychosomatik – neurobiologisch fundiert und evidenzbasiert“ von U. T. Egle kein Kapitel über Augenheilkunde [1, 2]. Da stellt sich die Frage, ob es die Psychosomatik in der Augenheilkunde überhaupt gibt.

Zeitliche Entwicklung hin zu einem biopsychosozialen Modell

In der klassischen sog. Schulmedizin wird der menschliche Körper als eine hoch komplexe physikalisch-chemische Maschine interpretiert, bei der Krankheit eine lokalisierbare Störung darstellt, die mit gezielten Eingriffen medikamentöser und/oder chirurgischer Art repariert werden kann. Thure von Uexküll sprach von einer „Medizin der seelenlosen Körper“. Subjektives Erleben und das soziale Umfeld werden bei diesem Maschinenmodell ausgeklammert. Diese Herangehensweise ist uns Augenärzten vertraut: Das Auge wird mit Spaltlampe, direkter und indirekter Ophthalmoskopie oder optischer Kohärenztomographie (OCT) untersucht, eine Krankheit wird diagnostiziert und behandelt, gewöhnlich mit Augentropfen oder mit einer Operation.

Der Internist, Psychiater und Psychoanalytiker G. L. Engel erkannte im Verlauf seiner klinischen Erfahrung, dass das Maschinenmodell zu kurz greift und das individuelle Erleben, das **soziale Umfeld** des Patienten und die **Kommunikation** zwischen dem Kranken und dem Behandler vernachlässigt werden [3]. In unserem Fachbereich würden sich etwa solche Fragen stellen:

- Wie kommt unser Glaukompatient mit seiner Erkrankung zurecht?
- Warum nimmt er seine Augentropfen nicht regelmäßig?
- Wieso ist der Patient mit der Katarakt entsetzt über die Diagnose? Er fühlt sich doch noch jung und kann alles noch prima sehen.

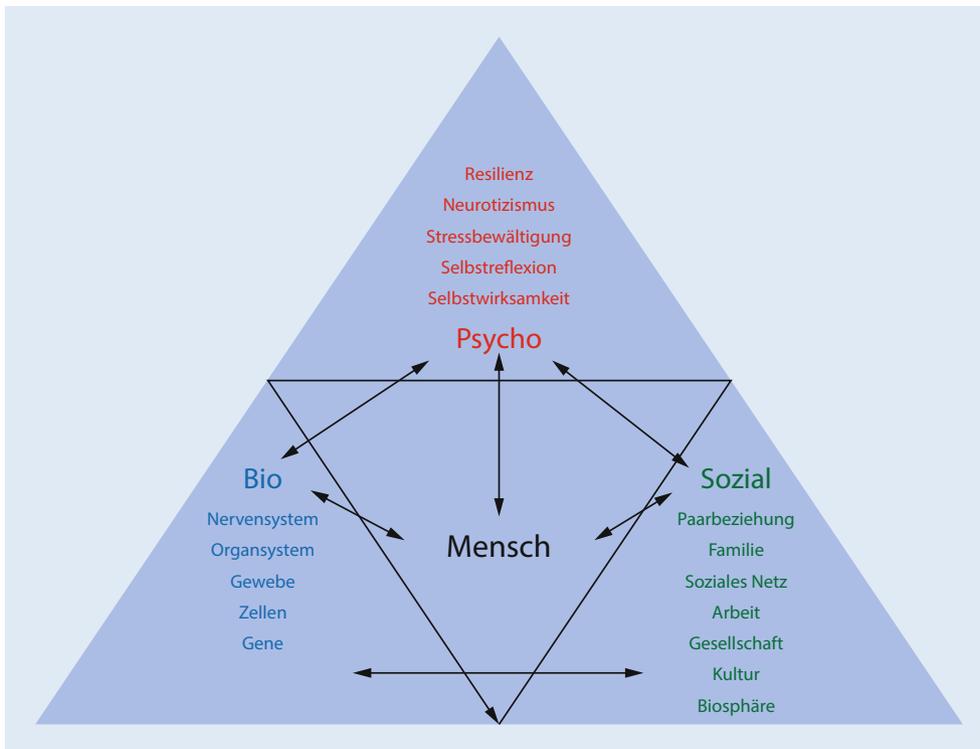


Abb. 1 ◀ Darstellung des biopsychosozialen Modells. (Graphisch erstellt von Wiek in Anlehnung an [2], S. 40, 46)

G. L. Engel entwickelte das biopsychosoziale Modell: Der Mensch ist zum einen Teil umfassender übergeordneter Systeme (Familie, Gesellschaft, Kultur, Staat, Biosphäre) und zum anderen selbst ein System aus mehreren Subsystemen (Nervensystem, Organsystem, Gewebe, Zellen, Gene). Umwelt und Organismus bilden so ein sich dynamisch entwickelndes und beeinflussendes Gesamtsystem, das maßgeblich durch die individuelle Sozialisation bzw. Biographie des Einzelnen geprägt wird [2, S. 39–48].

Wissenschaftliche Studien der letzten 20 Jahre belegen ein permanentes Interagieren zwischen genetischer Ausstattung und Umweltbedingungen (**Epigenetik**). Ein Patient, dem sein Leben lang Selbstständigkeit und Unabhängigkeit das höchste Gut waren, kann die Diagnose eines Glaukoms mit dauerhafter Tropfengabe und regelmäßigen Arztbesuchen sowie die drohende Gefahr einer Sehverschlechterung kaum annehmen. Ein Patient, für den in einer ländlichen Umgebung das Autofahren lebensnotwendig erscheint, empfindet die Diagnose einer trockenen Makuladegeneration und einer damit einhergehenden irreparablen Sehverschlechterung mit Fahrverbot als schwere persönliche Kränkung und zu große persönliche Lebensveränderung.

Obwohl in den neuesten, genannten Lehrbüchern (v. Uexküll, Egle) die Augenheilkunde keine Erwähnung findet, ist der Einfluss der Psyche bei Augenpatienten und Augenärzten seit den Arbeiten von Wolfgang Schultz-Zehden [4] möglicherweise nicht unbekannt. Von den psychosomatisch interessierten Augenärzten wurde lange unterschieden zwischen somatoformen oder **funktionellen Störungen** (körperliche Beschwerden ohne ursächlichen organischen Befund), **psychosomatischen Krankheiten** (körperliche Erkrankungen, an deren Genese oder Verlauf psychische Faktoren beteiligt sind) und **somatopsychische Störungen** (organische Erkrankungen, die psychische Probleme verursachen oder auslösen;

[5]). Jedoch sind der Mensch und das Krankheitsgeschehen nicht so gradlinig zu betrachten. Die verschiedenen Faktoren und ihre gegenseitige Beeinflussung finden im biopsychosozialen Modell [1, 2] Berücksichtigung (**Abb. 1**).

► Merke

Jeder Mensch ist geprägt durch seine genetische Prädisposition, seine Sozialisation, seine Lebenserfahrung und seine Umwelt. Diese Faktoren beeinflussen das Verhalten des Menschen und seine Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung.

Psychosomatische Aspekte in der augenärztlichen Praxis

In eine Hausarztpraxis kommen bis zu drei Viertel der Patienten mit medizinisch nicht hinreichend erklärbaren, belastenden Beschwerden. In einer augenärztlichen Praxis stellt sich schätzungsweise ein Drittel der Patienten mit Augensymptomen vor, für die kein organisches Korrelat gefunden werden kann [6].

Eine Untersuchung von Nepp [7] bei 110 therapieresistenten Patienten einer **Sicca**-Ambulanz zeigte anhand einer fragebogenbasierten Untersuchung bei 52% der Patienten eine **Angststörung** oder eine **Depression**.

In einem Übersichtsartikel führt Erb [8] aus, dass die Menge und die Zusammensetzung der Tränenflüssigkeit neuronal und humoral gesteuert werden. Es handelt sich beim trockenen Auge um funktionelle Wechselwirkungen immunologischer und hormoneller Prozesse sowie periphere und zentrale neuronale Aktivitäten (**Psychoneuroimmunologie**). Bei Belastungsstörungen kommt es zu Störungen der autonomen Kontrollfunktionen [9]. Interessanterweise zeigt eine Studie von Szakats [10], dass die Sicca-Patienten,

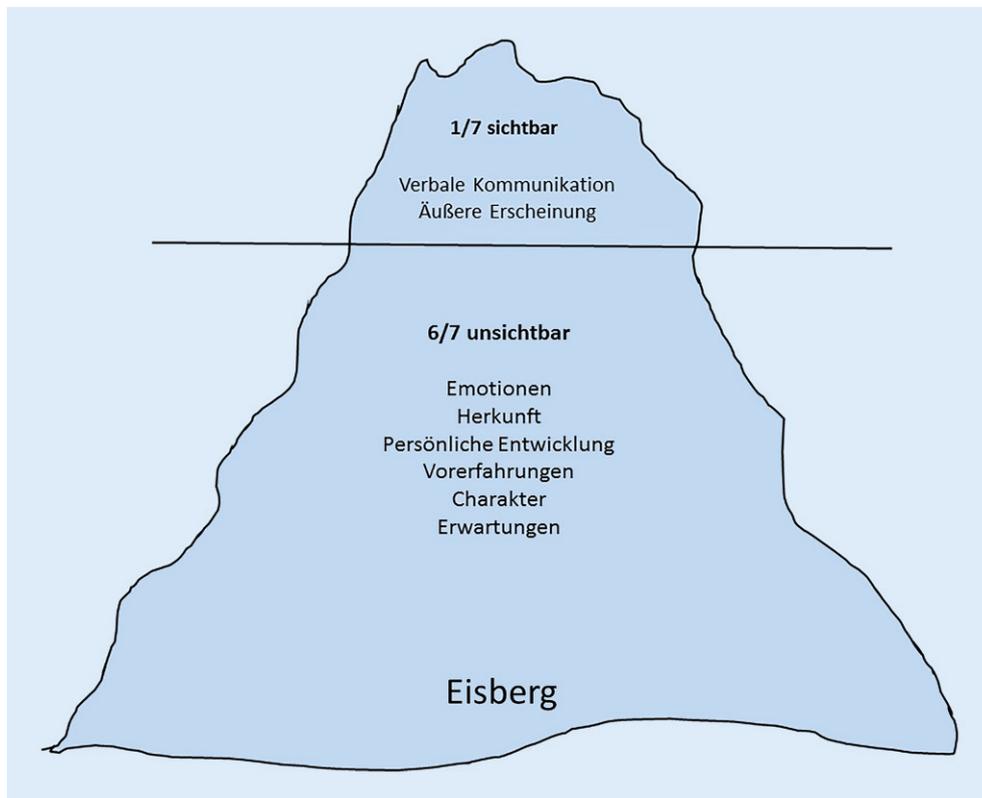


Abb. 2 ◀ Sichtbare und verborgene Anteile der Kommunikation, vergleichbar mit einem Eisberg. (Nach der allgemeinen Persönlichkeitstheorie nach Sigmund Freud, erstellt von Wiek)

die signifikant an Angst und depressiven Beschwerden litten, auch Symptome zeigten, während die Patienten mit trockenem Auge ohne Angst- oder Depressionsbeschwerden symptomlos waren. Diese Studien belegen, dass psychische (Angst, Depression) und neuronale Faktoren (hormonell, immunologisch) Einfluss auf Tränenproduktion und -qualität haben und die psychische Verarbeitung der Störung und die Schmerzempfindung variieren. Deshalb sollte ein manchmal psychisch stark mit Angst und Schmerz überlagerter Sicca-Patient mit seinen Beschwerden ernst genommen sowie mit Respekt und Höflichkeit angenommen werden, und es sollte an einen möglichen psychosomatischen Hintergrund gedacht werden.

Aber wir haben natürlich nicht nur Patienten mit trockenem Auge in der Ambulanz oder der Praxis. Wir haben den aktiven jungen Mann, der beruflich oder privat eine belastende Zeit durchmacht und eine **Chororetinopathia centralis serosa** (CCS) entwickelt. Wir haben die junge Frau mit Doppelbelastung, die schon wieder eine korneale **Herpesentzündung** bekommt. Und wir haben in diesen Coronazeiten Patienten mit massiven Ängsten, die diese Angst auf ihre **Glaskörpertrübungen** oder eine unklare Sehverschlechterung projizieren.

► **Merke**

Angst erschwert den Umgang und die Bewältigung von Symptomen und Erkrankungen.

Kommunikation

Wenn uns nun klar geworden ist oder wir immer schon wussten, dass der Patient nicht nur mit seinem Auge kommt, sondern als biopsychosozialer Mensch, und wir den psychosomatischen Ansatz in unsere Arbeit integrieren möchten, was sollten wir dann tun, und wie können wir das umsetzen?

Ein wichtiger Aspekt ist die Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Der erste Schritt ist die umfassende Wahrnehmung des Patienten:

- Wie ist sein Auftreten?
- Wie sind seine Mimik und seine Gestik?
- Welche Wirkung hat er auf mich?

Schon in den ersten 10 Sekunden einer Begegnung machen wir uns ein Bild von unserem Gegenüber, allerdings meist unbewusst. Danach entwickelt sich die verbale Kommunikation zwischen Patient und Arzt. Und da müssen wir uns klarmachen, dass Kommunikation wie ein Eisberg ist: Ein Siebtel ist verbal und damit sichtbar/hörbar, und der Rest ist nonverbal und für uns oft unsichtbar. In diesem Teil verbergen sich die Gewohnheiten, Eigenarten, Emotionen, Erwartungen des Patienten (psychosozialer Anteil). Das Eisbergmodell basiert auf der allgemeinen Persönlichkeitstheorie Sigmund Freuds und ist eine der Säulen der Kommunikationstheorie (**Abb. 2**).

Jede Kommunikation beinhaltet verschiedene **Bedeutungsebenen**. Nach dem 4-Seiten-Modell von Friedemann Schulz von Thun transportiert eine Äußerung 4 Aspekte, nach der diese interpretiert werden kann, sowohl von der Seite des Senders, also des Patienten, als auch von der Seite des Empfängers, also des Arztes



Abb. 3 ◀ Verschiedene Ebenen der Kommunikation mit Sachebene, Appellebene, Beziehungsebene und Selbstkundgabe nach dem 4-Seiten-Modell von Friedemann Schulz von Thun. (Erstellt von Wiek)



Abb. 4 ◀ Autogenes Training ist auch im Arbeitsalltag, z. B. in der Pause, relativ unkompliziert durchführbar. (Persönliches Foto von Wiek)

(Abb. 3). Ein vom Patienten geäußertes Satz (blau) hat zunächst eine Sachebene (gelb), die eine rationale Information transportiert. Zusätzlich gibt es aber die Beziehungsebene (grün), auf der zum Ausdruck kommt, in welchem Verhältnis der Patient meint, zum Arzt zu stehen. Auf der Appellebene (grau) gibt der Patient zu erkennen, was er vom Arzt erwartet. Auf der Ebene der Selbstkundgabe (orange) zeigt sich, was der Patient von sich zu erkennen gibt. Wenn der Patient einen „schlichten“ Satz sagt, wie in der Abb. 3 beispielhaft gezeigt, transportiert dieser Satz mehrere Bedeutungen, und beim Arzt ruft der Satz auf den verschiedenen Bedeutungsebenen spezifische Reaktionen hervor.

Die Untersuchungssituation beim Augenarzt ist häufig durch kurze Untersuchungsintervalle geprägt. Trotzdem hat man als Arzt die Möglichkeit, durch konkrete, also geschlossene Fragen, mehr über den Patienten zu erfahren. Zum Beispiel:

- „Was machen Sie beruflich?“
- „Sind Sie mit Ihrer Arbeit zufrieden?“

- „Gab es ein besonderes Ereignis in der letzten Zeit?“
- „Was hindert Sie daran, die drucksenkenden Augentropfen regelmäßig zu nehmen?“
- „Wie ist Ihre familiäre Situation?“

Viele Patienten mit chronischen Erkrankungen oder therapieresistenten Symptomen sehen wir öfters, sodass man nach und nach mehr über den Patienten erfahren kann und sich damit ein ganzheitliches Bild verschafft.

Für eine gelungene Kommunikation ist es wesentlich, dass man den Patienten ausreden lässt, maximal etwa 3 Minuten ohne Unterbrechung, dass man ihn anschaut und aktiv zuhört („aha“, „mmh“, „und dann?“). Die Grundlage einer guten Kommunikation sind Wohlwollen und Respekt dem Patienten gegenüber. Schon in einem kurzen Gespräch können sich die Problemfelder zeigen. Der Augenarzt ist nicht der Psychotherapeut für den Patienten, aber der Blick von außen auf den Patienten und seine Problematik

Tab. 1 Curriculum der Bundesärztekammer für die psychosomatische Grundversorgung		
	Curriculum „Psychosomatische Grundversorgung“	
Modul 1	<i>Theoretische Grundlagen</i> Biopsychosoziale Krankheitslehre und Diagnostik Ärztliche Gesprächsführung Bedeutung und Gestaltung der Patienten-Arzt-Beziehung	20 h
Modul 2	<i>Ärztliche Gesprächsführung, Vermittlung von Handlungskompetenz</i> Ärztliche Gesprächsführung Umgang mit Patienten mit spezifischen Interaktionsmustern Verbale Intervention zum Erkennen und Behandeln von Problembereichen	30 h
Balint-Gruppen-Arbeit	Besprechen von „Problempatienten“ unter Anleitung eines erfahrenen Psychotherapeuten zur verbesserten Patienten-Arzt-Beziehung	30 h

lässt uns möglicherweise Fähigkeiten beim Patienten erkennen, die er selbst nicht wertschätzt. Man sollte ressourcenorientiert den Blick des Patienten auf das lenken, was er noch kann, was seine Stärken und Fähigkeiten sind, um nicht in Angststarre nur auf das zu schauen, was er nicht mehr kann [11]. Der Patientin im Beispiel etwa könnte man vermitteln, dass sie noch gut sieht und somit Auto fahren darf sowie dass sie durch die Unterstützung ihrer Verwandten eine Veränderung ihrer Wohn- und Lebenssituation bewältigen kann. Man kann Empfehlungen geben für **Verhaltensänderungen**, **Selbsthilfegruppen**, für Hilfsmittel (z. B. vergrößerte Sehhilfen), für allgemeine Stressbewältigungsstrategien („work-life balance“, genügend Schlaf, gesunde Lebensführung, Hobbies) und spezielle Entspannungstechniken, wie z. B. das **autogene Training** ([12]; Abb. 4). Auch Lebensziele und Sinn des Lebens können ein Thema sein. Der Patient sollte hingeleitet werden zu **Eigenverantwortung** und **Selbstwirksamkeit**.

► Merke

Das Ziel einer guten Kommunikation ist eine vertrauensvolle Patienten-Arzt-Beziehung und die ressourcen-orientierte Hinleitung des Patienten zu Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit.

„Work-life balance“

Eine psychosomatische Grundeinstellung bezieht sich nicht nur auf eine den gesamten Menschen in den Blick nehmende Betrachtungsweise und eine gelungene Kommunikation mit dem Patienten, sondern auch auf einen Blick auf uns selbst. Nur wenn wir mit uns selbst wohlwollend und mit einer gewissen inneren Gelassenheit umgehen, können wir den augenärztlichen Alltag über viele Jahre bewältigen, unsere Ressourcen positiv einsetzen, ohne in eine **Burnout**-Situation zu geraten. Dazu ist eine realistische **Selbsteinschätzung** notwendig:

- Was sind meine Fähigkeiten?
- Was belastet mich?
- Achte ich genügend auf meine Gesundheit?
- Wie kann ich mich entspannen, meine Batterien wieder aufladen?

Es ist essenziell, sich im Praxisalltag nicht wie in einem Hamster rad zu fühlen und sich nicht völlig zu verausgaben. Mit so einem Verhalten schadet man sich selbst und nützt seinen Patienten nicht. Eine gute **Lebensführung** mit ausreichend Schlaf, gesunder Ernährung, genügend Zeit für Familie und **Sozialkontakte** und einem oder mehreren Hobbies, die es einem ermöglichen, abzuschalten und neue Kraft für den Alltag zu erlangen, schützen vor einem Burnout. Auch **Entspannungsverfahren** wie das autogene Training (Abb. 4), **Yoga** oder **progressive Muskelrelaxation** können zu mehr innerer Gelassenheit und einem entspannteren Umgang mit den Praxisanforderungen führen.

► Merke

Ein achtsamer Umgang mit sich selbst und den eigenen Kräften schützt vor Burnout und erhält langfristig Lebens- und Arbeitsfreude.

Ausbildung „Psychosomatische Grundversorgung“

Um die Fähigkeiten zu erlangen, unsere Patienten als ganzen Menschen und nicht nur als „Auge mit einer Krankheit“ wahrzunehmen und mit ihm umzugehen, empfiehlt sich die Ausbildung in psychosomatischer Grundversorgung. Diese gibt uns das Rüstzeug an die Hand für eine gelungene Gesprächsführung, für das Erkennen psychosomatischer Zusammenhänge und das Erarbeiten eines Arbeitsbündnisses zwischen Arzt und Patient.

Die Ausbildung umfasst nach dem Curriculum der Bundesärztekammer einen 80-Stunden-Kurs, in dem der Fokus auf einer patientenzentrierten Kommunikation, auf der Gestaltung einer positiven Patienten-Arzt-Beziehung sowie auf Grundlagen der **Psychodiagnostik** und Gesprächsführung liegt. Ein Kurs umfasst ein Theoriemodul, ein Modul ärztlicher Gesprächsführung und **Balint-Gruppen-Arbeit** (Tab. 1). Von Psychosomatikkliniken und Bezirksärztekammern werden entsprechende Kurse laufend angeboten.

Zudem ist jede Kollegin, jeder Kollege willkommen, in unserem BVA (Berufsverband der Augenärzte Deutschlands)-Arbeitskreis „Psychosomatik in der Augenheilkunde“ mitzumachen. Ein Kontakt ist über beide Autorinnen leicht möglich. Zudem bietet Frau Emmerich (Kontakt: post@lichtwiese.de) 2-mal im Jahr einen „Psychosomatischen Samstag“ in Darmstadt mit dem Themenschwerpunkt „Psychosomatik in der Augenheilkunde“ an.

Fazit für die Praxis

- Jeder Patient kommt nicht nur „mit seinem Auge“ in die Praxis, sondern mit all seinen psychischen und sozialen Eigenarten, die sowohl die Augenerkrankung als auch die Kommunikation mit ihm/ihr beeinflussen.
- Durch Wahrnehmen des Patienten in seiner Gesamtheit kann die Kommunikation verbessert werden.
- Durch eine gelungene Kommunikation können Probleme des Patienten mit der Augenerkrankung und den therapeutischen Maßnahmen herausgefunden werden sowie die vorhandenen Ressourcen erkannt und dadurch Lösungen angestrebt und die Eigenverantwortung der Patienten gestärkt werden.

- Eine lösungsorientierte und positive Kommunikation erhöht die Arbeitszufriedenheit und schützt langfristig vor Frustration und Burn-out.

Korrespondenzadresse



Dr. Jutta Wiek

MVZ Augenzentrum Wangen
Ebnetstr. 2/1, 88239 Wangen im Allgäu, Deutschland
JuttaWiek@web.de

- Emmerich GM (2010) Psychosomatische Symptome bei rein somatischen Krankheiten unter anderem am Beispiel eines chronischen Offenwinkelglaukoms. *Klinische Monatsblätter für die Augenheilkunde*, Bd. 227, S 638–645
- Emmerich GM (2012) Psychosomatik in der Augenheilkunde – Diagnose und Behandlungen. *Augenheilkd Up2date* 3:263–279. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1315137>
- Nepp J (2016) Psychosomatische Aspekte beim trockenen Auge. *Ophthalmologie* 113:111–119
- Erb C (2021) Ist das trockene Auge eine psychoneuroimmunologische Erkrankung? *Z Prakt Augenheilkd* 42:27–31
- Paulsen AJ et al (2014) Dry eye in the beaver dam offspring study: prevalence, risk factors, and health-related quality of life. *Am J Ophthalmol* 157:799–806
- Szakats I (2016) The role of health anxiety and depressiv symptoms in dry eye disease. *Curr Eye Res* 41:1044–1049
- Emmerich G (2020) Die Krankheit akzeptieren. Psychotherapeutische Ansätze beim Glaukom-Ressourcen der Konfliktbearbeitung nutzen. *Ophthalmol Nachr* 07:18–20
- Strempe I (2015) Autogenes Training und andere Entspannungsmethoden in der Augenheilkunde dargestellt am Beispiel des Glaukoms. *Kaden, Heidelberg*

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Gemäß den Richtlinien des Springer Medizin Verlags werden Autoren und Wissenschaftliche Leitung im Rahmen der Manuskripterstellung und Manuskriptfreigabe aufgefordert, eine vollständige Erklärung zu ihren finanziellen und nichtfinanziellen Interessen abzugeben.

Autoren. **J. Wiek:** A. Finanzielle Interessen: Kostenerstattung (Anreise und Übernachtung) vom BVA (Berufsverband der Augenärzte) für die Tätigkeit als Referentin bei der jährlichen AAD in Düsseldorf für verschiedene psychosomatisch ausgerichtete Kurse. Ein Honorar erhält man nicht. An der AAD nehme ich seit mehr als 10 Jahren als Referentin teil. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Niedergelassene, angestellte Augenärztin beim MVZ Augenzentrum in 88239 Wangen im Allgäu, Ebnetstr. 2/1. Inhaber: Medipolis | Mitgliedschaften: BVA, Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft. **G. Emmerich:** A. Finanzielle Interessen: G. Emmerich gibt an, dass kein finanzieller Interessenkonflikt besteht. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Niedergelassene Augenärztin und psychotherapeutisch tätige Ärztin, Praxis an der Lichtwiese, 64285 Darmstadt, Ressortleiterin Psychosomatik in der Augenheilkunde (BVA e. V.), Arbeitskreisleitung (DOG).

Wissenschaftliche Leitung. Die vollständige Erklärung zum Interessenkonflikt der Wissenschaftlichen Leitung finden Sie am Kurs der zertifizierten Fortbildung auf www.springermedizin.de/cme.

Der Verlag erklärt, dass für die Publikation dieser CME-Fortbildung keine Sponsorengelder an den Verlag fließen.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

- v Uexküll T (1996) *Psychosomatische Medizin*. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore
- Egle UT, Heim C, Strauß B, v Känel R (Hrsg) (2020) *Psychosomatik-neurobiologisch fundiert und evidenzbasiert*. Kohlhammer, Stuttgart
- Engel GL (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196:129–136
- Schultz-Zehden W (1986) Was heißt psychosomatisches Denken und Handeln in der Praxis? *Augenarzt* 20:213–215



Psychosomatik in der Augenheilkunde

Zu den Kursen dieser Zeitschrift: Scannen Sie den QR-Code oder gehen Sie auf www.springermedizin.de/kurse-die-ophthalmologie

? Seit wann gibt es die Psychosomatik in Deutschland als eigenständige Disziplin?

- Seit Ende des 19. Jahrhunderts
- Seit Ende des 20. Jahrhunderts
- Seit mindestens 100 Jahren
- Seit mehr als 50 Jahren
- Seit weniger als 10 Jahren

? Welche Grundvorstellung wurde von Th. v. Uexküll als „Medizin der seelenlosen Körper“ bezeichnet?

- Der menschliche Körper als hochkomplexe physikalisch-chemische Maschine
- Der menschliche Körper als einfaches mechanisches Modell
- Der menschliche Körper als Maschine ohne Seele
- Der menschliche Körper als Chemiefabrik
- Der menschliche Körper als physikalischer Motor

? Welches Modell des Menschen entwickelte G. L. Engel?

- Psychomodel
- Soziales Modell
- Psychosoziales Modell
- Biopsychosoziales Modell
- Modell der Einheit

? Welche Bereiche des Menschen umfasst das biopsychosoziale Modell?

- Familien- und Arbeitsbereich als wichtigste Lebensbereiche des Menschen

- Bereiche der Vereinszugehörigkeit und Sportaktivitäten, da die körperliche Aktivität ausschlaggebend für das biopsychosoziale Wohlbefinden ist
- Sozialbereich mit Familie und Gesellschaft, den biologischen Bereich mit Organsystemen und Psychobereich mit Selbstreflexion und Stressreaktion
- Organ- und Nervensystem als zentralen Regelmechanismus für die biopsychosoziale Integrität des Menschen
- Bereich der Stressbewältigungsstrategien und Neurotizismus

? Wie groß ist etwa der Anteil an Patienten in einer Augenarztpraxis mit Augenbeschwerden, für die kein organisches Korrelat gefunden werden kann?

- 75 %
- 10 %
- Ca. 50 %
- 1–2 %
- Ca. 30 %

? Welche Aussage zur Kommunikation ist zutreffend?

- Kommunikation ist eine Einbahnstraße.
- Die verbale Kommunikation steht immer im Vordergrund.
- Kommunikation besteht aus verbalen und nonverbalen Informationen.
- Gestik und Mimik sind für die Kommunikation unwesentlich.

- Im ärztlichen Alltag spielt die Kommunikation keine Rolle.

? Was bedeutet „Work-Life-Balance“?

- Gutes Gleichgewicht zwischen Arbeitsbelastung und privaten Belastungen und Aktivitäten
- Halbierung der Arbeitszeit und Verlängerung der Elternzeit
- Finanzieller Ausgleich zwischen Arbeitseinkünften und Urlaubsausgaben
- Gleichmäßige Kalorienaufteilung während der Arbeitszeit und der Freizeit
- Es handelt sich hierbei um eine Vorstufe zum Burnout

? Welche Lerninhalte beinhaltet die psychosomatische Grundversorgung?

- Finanzielle Grundversorgung einer psychotherapeutischen Behandlung entsprechend des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkasse
- Erlernen aller Erkrankungen, die keinen psychosomatischen Hintergrund haben und deren Behandlung
- Grundlagen der Psychodiagnostik, Gestaltung einer positiven Arzt-Patienten-Beziehung, Gesprächsführung, Balint-Gruppenarbeit
- Gesprächstechniken und andere Möglichkeiten, wie man unangenehme Patienten schnell loswird.

Informationen zur zertifizierten Fortbildung

Diese Fortbildung wurde von der Ärztekammer Nordrhein für das „Fortbildungszertifikat der Ärztekammer“ gemäß § 5 ihrer Fortbildungsordnung mit **3 Punkten** (Kategorie D) anerkannt und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Anerkennung in Österreich: Für das Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) werden die von deutschen Landesärztekammern anerkannten Fortbildungspunkte aufgrund der Gleichwertigkeit im gleichen Umfang als DFP-Punkte anerkannt (§ 14, Abschnitt 1, Verordnung über ärztliche Fortbildung, Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) 2013).

Hinweise zur Teilnahme:

- Die Teilnahme an dem zertifizierten Kurs ist nur online auf www.springermedizin.de/cme möglich.
- Der Teilnahmezeitraum beträgt 12 Monate. Den Teilnahmeschluss finden Sie online beim Kurs.
- Die Fragen und ihre zugehörigen Antwortmöglichkeiten werden online in zufälliger Reihenfolge zusammengestellt.

- Pro Frage ist jeweils nur eine Antwort zutreffend.
- Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden.
- Teilnehmen können Abonnenten dieser Fachzeitschrift und e.Med-Abonnenten.

- Grundversorgung mittels Arzt-Patienten-Gesprächsführung inklusive der Dauer, wie lange man mit einem Patienten sprechen muss
 - Dieses Kommunikationsmodell setzt vergleichbare Semantik, Semiotik, Pragmatik und Syntax bei Sender und Empfänger voraus.
- ? Eine 29-jährige Patientin kommt zum wiederholten Male zu Ihnen in die Sprechstunde und klagt über Kopfschmerzen und Schwindel. Was sagen Sie zu der Patientin?**
- Wir machen zunächst eine Gesichtsfelduntersuchung, und ich schicke Sie zur orthoptischen Diagnostik. Wenn die Untersuchungen okay sind, brauchen Sie gar nicht mehr zu mir reinzukommen, dann haben Sie nichts.
 - Sie waren doch jetzt schon mehrmals bei mir, immer mit denselben Beschwerden. Ich kann Ihnen da auch nicht helfen. Ich gebe Ihnen Tränenersatzmittel mit.
 - Da sind Sie ja schon wieder mit dem gleichen Zeug! Ich will Sie nicht mehr sehen!
 - Wir untersuchen heute nochmal die Gesichtsfelder, und ich schaue Ihre Augen und die Sehnerven an ... Also das ist heute, wie schon die vorigen Male, alles in Ordnung. Was machen Sie denn beruflich? Hat sich an Ihrer Lebenssituation, bevor die Beschwerden anfangen, etwas geändert?
 - Sie stellen der Patientin Überweisungen aus und sagen ihr: „Sie müssen zum Neurologen oder Psychiater gehen.“

? Welche Bedeutungsebenen der Arzt-Patienten-Kommunikation existieren entsprechend des Modells von Friedemann Schulz von Thun?

- Kommunikation wird nach diesem Modell zu 4/7 in eine verbale und zu 3/7 in eine non-verbale Ebene unterteilt.
- Kommunikation besteht entsprechend diesem Modell aus einer Sachebene, Beziehungsebene, Appellebene und einer Ebene der Selbstkundgabe.
- Kommunikation besteht nach diesem Modell aus 5 Axiomen. Das erste Axiom lautet: „Man kann nicht nicht kommunizieren“.
- Nach diesem Kommunikationsmodell bestimmt der Sender den Kommunikationskanal und verwendet bei der Signalübermittlung Sprache, Schrift und Körpersprache.



Welches Thema interessiert Sie?

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

welche Inhalte wünschen Sie sich in der Rubrik „CME Zertifizierte Fortbildung“ in *Die Ophthalmologie*?

Senden Sie uns Ihren Themenwunsch per E-Mail an michal.meyerzutittingdorf@springer.com