

**Carl-Auer**



Susanne Altmeyer / Askan Hendrichke

# **Einführung in die systemische Familienmedizin**

**2012**

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Rolf Arnold (Kaiserslautern)	Prof. Dr. Wolf Ritscher (Esslingen)
Prof. Dr. Dirk Baecker (Friedrichshafen)	Dr. Wilhelm Rotthaus (Bergheim bei Köln)
Prof. Dr. Bernhard Blanke (Hannover)	Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)	Dr. Gunther Schmidt (Heidelberg)
Prof. Dr. Jörg Fengler (Alfter bei Bonn)	Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt (Münster)
Dr. Barbara Heitger (Wien)	Jakob R. Schneider (München)
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp (Merseburg)	Prof. Dr. Jochen Schweitzer (Heidelberg)
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand (Jena)	Prof. Dr. Fritz B. Simon (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Karl L. Holtz (Heidelberg)	Dr. Therese Steiner (Embrach)
Prof. Dr. Heiko Kleve (Potsdam)	Prof. Dr. Helm Stierlin (Heidelberg)
Dr. Roswita Königswieser (Wien)	Karsten Trebesch (Berlin)
Prof. Dr. Jürgen Kriz (Osnabrück)	Bernhard Trenkle (Rottweil)
Prof. Dr. Friedebert Kröger (Heidelberg/Schwäbisch Hall)	Prof. Dr. Sigrid Tschöpe-Scheffler (Köln)
Tom Levold (Köln)	Prof. Dr. Reinhard Voß (Koblenz)
Dr. Kurt Ludewig (Münster)	Dr. Gunthard Weber (Wiesloch)
Dr. Burkhard Peter (München)	Prof. Dr. Rudolf Wimmer (Wien)
Prof. Dr. Bernhard Pörksen (Tübingen)	Prof. Dr. Michael Wirsching (Freiburg)
Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)	

Umschlaggestaltung: Uwe Göbel  
Satz: Verlagsservice Hegele, Heiligkreuzsteinach  
Printed in Germany  
Druck und Bindung: Freiburger Graphische Betriebe, [www.fgb.de](http://www.fgb.de)

Erste Auflage, 2011  
ISBN 978-3-89670-829-8  
© 2012 Carl-Auer-Systeme Verlag  
und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg  
Alle Rechte vorbehalten

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

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren Autoren  
und zum Verlag finden Sie unter: [www.carl-auer.de](http://www.carl-auer.de).

Wenn Sie Interesse an unseren monatlichen Nachrichten  
aus der Vangerowstraße haben, können Sie unter  
<http://www.carl-auer.de/newsletter> den Newsletter abonnieren.

Carl-Auer Verlag  
Vangerowstraße 14  
69115 Heidelberg  
Tel. 0 62 21-64 38 0  
Fax 0 62 21-64 38 22  
[info@carl-auer.de](mailto:info@carl-auer.de)

## **Vorwort ... 9**

## **1 Grundkonzepte der systemischen Familienmedizin ... 12**

- 1.1 Historische Entwicklung ... 13
- 1.2 Grundannahmen ... 16
- 1.3 Krankheitspezifische Anforderungen ... 18
- 1.4 Krankheitsstadien ... 19
- 1.5 Krankheit als Familientrauma ... 21
- 1.6 Familienidentität ... 22
- 1.7 Krankheitsattributionen ... 23
- 1.8 Familienzyklen ... 25
- 1.9 Familie und Stress ... 27
- 1.10 Familie und Resilienz ... 28
- 1.11 Familien und ihre Narrative ... 29
- 1.12 Salutogenetische Aspekte ... 30
- 1.13 Zusammenfassung ... 31

## **2 Gesprächstechniken und Interventionen ... 32**

- 2.1 Grundsätzliches ... 32
- 2.2 Therapeutisches Vorgehen in der Beratung und Behandlung ... 35
- 2.3 Anamnese ... 36
- 2.4 Mitteilung von Diagnosen ... 37
- 2.5 Informationen und psychologische Beratung ... 38
- 2.6 Umgang mit Abwehrhaltungen und Schuldgefühlen ... 39
- 2.7 Erleichtern der Kommunikation ... 39
- 2.8 Aufrechterhalten der Kommunikation ... 40
- 2.9 Anerkennen der Verlustperspektive ... 41
- 2.10 Balanced Coping – Konzept der ausgewogenen Bewältigung ... 42

- 2.11 Hilfreiche Metaphern ... 43
  - 2.12 Familienskulptur und Familienbrett ... 44
  - 2.13 Ressourcenbogen ... 45
  - 2.14 Zeitlinienarbeit ... 49
  - 2.15 Das Genogramm ... 50
  - 2.16 Mehrfamilien-Gesprächsgruppen ... 53
  - 2.17 Anbindung ... 55
  - 2.18 Zusammenfassung ... 55
- 3 Kooperation in der systemischen Familienmedizin ... 56**
- 3.1 Wie kann Kooperation gelingen? ... 57
  - 3.2 Kooperation bei komplexen biopsychosozialen  
Behandlungsproblemen ... 58
  - 3.3 Ebenen institutioneller Kooperation ... 59
- 4 Krankheit und Behinderung im Lebenszyklus ... 64**
- 4.1 Krankheit in der Phase der Familiengründung ... 64
    - 4.1.1 Kennzeichen der Phase ... 64
    - 4.1.2 Herausforderungen, Anpassungserfordernisse  
und Entwicklungschancen der Phase ... 65
    - 4.1.3 Risiken durch Krankheit ... 67
    - 4.1.4 Interventionsformen ... 68
    - 4.1.5 Zusammenfassung ... 71
  - 4.2 Krankheit in Familien mit minderjährigen  
Kindern ... 71
    - 4.2.1 Kennzeichen der Phase ... 71
    - 4.2.2 Herausforderungen, Anpassungserfordernisse  
und Entwicklungschancen der Phase ... 72
    - 4.2.3 Risiken durch Krankheit ... 73
    - 4.2.4 Interventionsformen ... 75
    - 4.2.5 Zusammenfassung ... 77
  - 4.3 Krankheit in Familien mit Jugendlichen  
und Adoleszenten ... 78
    - 4.3.1 Kennzeichen der Phase ... 78
    - 4.3.2 Herausforderungen, Anpassungserfordernisse  
und Entwicklungschancen der Phase ... 78

- 4.3.3 Risiken durch Krankheit ... 79
- 4.3.4 Interventionsformen ... 84
- 4.3.5 Zusammenfassung ... 85
- 4.4 Krankheit in der Partnerschaft ... 86
  - 4.4.1 Kennzeichen der Phase ... 86
  - 4.4.2 Herausforderungen, Anpassungserfordernisse und Entwicklungschancen der Phase ... 88
  - 4.4.3 Risiken für die Partnerschaft durch Krankheit ... 90
  - 4.4.4 Interventionsformen ... 93
  - 4.4.5 Zusammenfassung ... 95
- 4.5 Chronische Krankheit ... 95
  - 4.5.1 Kennzeichen der Phase ... 96
  - 4.5.2 Herausforderungen, Anpassungserfordernisse und Entwicklungschancen bei chronischer Krankheit ... 97
  - 4.5.3 Risiken in der Phase chronischer Krankheit ... 102
  - 4.5.4 Interventionsmöglichkeiten ... 105
  - 4.5.5 Zusammenfassung ... 106
- 4.6 Verlust, Tod und Trauer in Familie und Partnerschaft ... 107
  - 4.6.1 Kennzeichen der Phase ... 107
  - 4.6.2 Herausforderungen, Anpassungserfordernisse und Entwicklungschancen bei Verlust, Tod und Trauer ... 109
  - 4.6.3 Interventionsmöglichkeiten ... 113
  - 4.6.4 Zusammenfassung ... 114

**Zum Abschluss: Jenseits aller Interventionen ... 115**

**Kontaktadressen ... 117**

**Literatur ... 118**

**Über die Autoren ... 125**

### 3 Kooperation in der systemischen Familienmedizin

Die erfolgreiche Bewältigung komplexer medizinischer Versorgungsaufgaben (wie z. B. in der Diagnostik, Therapie oder der Beratung schwer und/oder chronisch kranker Patienten) macht fachübergreifende Kooperation grundlegend notwendig (Hendrichke et al. 2001). Dies beinhaltet die gestaltete Zusammenarbeit medizinischer und psychosozialer Behandler ebenso wie diejenige mit den Patienten bzw. Klienten und ihren Familien, aber auch mit Fachkollegen und Kollegen von jenseits der Grenzen des eigenen Fachs (Hendrichke u. Kröger 1997, 2000). Neben der Unsicherheitsbewältigung (z. B. angesichts einer komplexen Aufgabe) sind das Vertrauen in die Kooperationspartner und deren Wille, angemessen zum gemeinsamen Erfolg beizutragen, zentrale Voraussetzung für das Gelingen. Dieses Vertrauen wächst vor allem auf dem Boden langfristiger Zusammenarbeit, der gemeinsamen Bewältigung gemeinsamer Aufgaben und einer engen, respektvollen Wechselbeziehung zwischen den Beteiligten. Konsultations- und Übernahmevereinbarungen entlasten so alle Beteiligten und nicht zuletzt die betroffenen Patienten bzw. Klienten, die sich in integrierten Versorgungseinrichtungen durchweg besser versorgt fühlen als in voneinander getrennten Bereichen.

Die Entwicklung und Ausbildung kooperativer Arbeitsstrukturen braucht Zeit, Geduld und Offenheit für den Arbeitskontext des jeweils anderen. Dies ist umso wichtiger, wenn es sich um Arbeitsbereiche handelt, die primär wenig miteinander zu tun haben und sich nur schrittweise aufeinander zubewegen können.

Im Gesundheitswesen existiert bereits eine Vielzahl von Kooperationsmodellen, z. T. seit Jahren bewährt, z. T. durch politische Vorgaben in letzter Zeit begünstigt (Modelle der integrierten Versorgung, medizinische Versorgungszentren). Kenn-

### *3.1 Wie kann Kooperation gelingen?*

zeichnend ist häufig die Kooperation medizinischer und psychosozialer Behandler, es sind aber auch Formen der Kooperation gleicher Berufsgruppen (z. B. aus getrennten Versorgungsbereichen) denkbar. Für die Gruppe derjenigen Patienten, die neben einer medizinischen Erkrankung auch noch psychosoziale Probleme haben – seien es z. B. depressive Störungen, Ängste, Somatisierungsstörungen und Suchterkrankungen, aber auch Copingdefizite bei akuten oder chronischen körperlichen Erkrankungen –, zeigt sich, dass dies für die Ursache bzw. die Bewältigung der medizinisch-körperlichen Beschwerden nachhaltige Bedeutung hat. Exemplarisch seien hier z. B. Patienten mit chronischen Schmerzsyndromen, Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, mit Stoffwechselstörungen oder mit psychosomatischen Symptomen genannt. Die komplexe biopsychosoziale Problematik dieser Patientengruppe erfordert hinsichtlich der Diagnostik und Therapie einen multidisziplinären Ansatz, der die differenzialdiagnostische Identifikation und Einordnung der unterschiedlichen körperlichen und psychosozialen Problemebenen und die Einleitung und Umsetzung differenzierter Behandlungsschritte ermöglicht (Katon 1995).

#### **3.1 *Wie kann Kooperation gelingen?***

Im Gesundheitswesen entstehen Zusammenarbeit und gegebenenfalls Kooperation am ehesten dann, wenn die eigene fachliche Kompetenz zur Behandlung des Patienten bzw. Klienten nicht ausreicht und damit Unsicherheit darüber entsteht, ob die eigenen Möglichkeiten zu kurz greifen. Wenn weitere Kollegen zur Behandlung hinzugezogen werden, führt dies – insbesondere bei steil hierarchischen Strukturen – jedoch leicht zur Konkurrenz der Behandler untereinander. Im medizinischen Bereich drückt sich dieses Phänomen z. B. durch die hohe Anzahl der Wiederholungsuntersuchungen aus. Konkurrieren mehrere Behandler bei der »richtigen Diagnose« oder um die »bestmögliche Behandlung« des Patienten, so ist dieses Verhalten nicht selten durch das individuelle Interesse gesteuert, die Eigenkom-



petenz zu bestätigen oder zumindest aufrechtzuerhalten. Wenn alle Behandler das gleiche Ziel (sei es nun die Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten oder die Aufrechterhaltung der Eigenkompetenz) erreichen wollen, führt dies schnell zur gegenseitigen Blockade und Konfrontation.

### **3.2 Kooperation bei komplexen biopsychosozialen Behandlungsproblemen**

Je komplexer das angestrebte Ziel ist, desto höher ist der Bedarf an interdisziplinärer Kooperation. Wo einfache, vorgezeichnete Lösungswege für die Patienten bzw. Klienten nicht ausreichend sind, sich der gewünschte Behandlungserfolg also nicht einstellt, müssen komplexere Behandlungssettings eingesetzt werden, die dann auch eine Vielzahl unterschiedlicher Behandler aktivieren – komplexe Probleme brauchen komplexe Lösungen. Im Bereich gesundheitlicher Problemstellungen ist Kooperation überall dort gefordert, wo ähnliche Ursachen unähnliche (Aus-) Wirkungen haben (also in komplexen Zusammenhängen) (Kröger et al. 1998). Lässt sich bei einem Patienten mit Diabetes mellitus der Blutzucker mithilfe einer Diät und der medikamentösen Therapie befriedigend einstellen, haben die Behandler es mit einem linearen Problem zu tun, eine ähnliche Ursache kann durch eine ähnliche Wirkung behoben werden. Das wird für sehr viele Patienten zutreffen, jedoch nicht für alle.

Eine nichtlineare Dynamik entsteht bei denjenigen Patienten, bei denen trotz regelrechter Diagnostik und Therapie der zu erwartende Behandlungserfolg nicht eintritt. So liegt ein komplexes Behandlungsproblem vor, wenn der einfache Zusammenhang zwischen Diagnose und erfolgreicher Therapie nicht besteht, etwa dann, wenn eine Karzinompatientin die nach Ansicht der Behandler lebensrettende Chemotherapie ablehnt und die Behandler vor unauflösbare Behandlungsprobleme stellt. Wie bei komplexen Problemen, die durch Nichtlinearität gekennzeichnet sind, ist die Lösung extrem kontextabhängig und erfordert daher die Kooperation aller Beteiligten.

### 3.3 Ebenen institutioneller Kooperation

Kooperation im Gesundheitswesen setzt Flexibilität und Ideenreichtum der Beteiligten voraus. Grenzen der Fachgebiete, aber auch die Grenzen der Versorgungsbereiche ambulant/stationär müssen dabei oft überwunden werden (Schweitzer 1998, 2000). In der Alltagsrealität geben die jeweiligen Spezialisten ihre diagnostische und therapeutische Einschätzung ab, setzen sie gegebenenfalls selbst um oder überweisen den Patienten an den primär behandelnden Arzt zurück. Diese Art der Konsultation ist bewährt und hocheffektiv, sie führt häufig zum Behandlungserfolg, wenn der Patient sich kooperativ und medizinisch angemessen verhalten kann. Was aber, wenn das Krankheitsverhalten des Patienten, etwa die regelmäßige Medikamenteneinnahme, das verlässliche Einhalten der Diät oder die Krankheitsverarbeitung nicht der Erwartung der Behandler entspricht? Was, wenn die Diagnose oder die Behandlung für den Patienten keinen Sinn ergibt, und sich damit für ihn als bedeutungslos erweist? Was, wenn der Patient medizinisch erforderliche Behandlungsschritte ablehnt?

Kooperation im Sinne des Patienten lässt es nun notwendig erscheinen, zusätzliche psychosoziale Kompetenz mit in das Behandlungssystem einzubeziehen, d. h. Behandler zu integrieren, die gegenüber den somatischen Kollegen ein professionelles Know-how mitbringen, das der Komplexität des Behandlungsproblems gerecht wird. Die psychosoziale Dimension der Problematik bestimmt nun überwiegend den Krankheits- und den Behandlungsverlauf. Gelingt die Einbeziehung aller Beteiligten, wird die medizinische Symptomatik in ihrem Gesamtzusammenhang verstehbar und kann als psychosoziales Problem decodiert werden, dessen Lösung nicht mehr primär im medizinischen Kontext zu suchen ist.

### **3.3 Ebenen institutioneller Kooperation**

Zu hohe oder zu geringe Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitssystem ist nicht selten Ausdruck der Beziehungsgestaltung zwischen Patienten bzw. Klienten, Behandlern und

Kostenträgern. In diesem komplexen biopsychosozialen System kann kein Einzelner alle Aspekte erfassen. Die dabei notwendigen Kooperationsbeziehungen sind daher von unterschiedlicher Intensität. Mögliche Ebenen der Kooperation sollen im folgenden Stufenmodell unter dem Aspekt ihrer kooperativen Dichte entlang dem Kooperationspotenzial einer Institution dargestellt werden (modifiziert nach Doherty 1995). Da komplexe Probleme in der Regel einfachen Lösungen nicht zugänglich sind, bestimmt das Ausmaß der Erkrankung den Anspruch an die Fähigkeit eines Systems zur Kooperation (Seaburn et al 1996).

- *Ebene 1 – minimale Kooperation*

Psychosoziale und medizinische Behandler arbeiten in getrennten Abteilungen und haben kaum Kontakt über gemeinsame Patienten. Es gibt wenig Berührungspunkte zwischen Ärzten und wenig Verbindung zu den psychosozialen Diensten (z. B. interdisziplinäre Krankenhauskonferenzen mit geringem Grad an fachübergreifender Vernetzung, d. h. Röntgenbesprechungen oder OP-Konferenzen verschiedener Fachgruppen). Die Teamidentität der Behandler ist gering ausgeprägt, es geht vorrangig um einen linearen Wissenstransfer, ohne systematische Einbeziehung nichtlinearer (z. B. kommunikativer bzw. psychosozialer) Wechselwirkungen. Bewährt hat sich dieses Vorgehen auch bei Routineabläufen im Bereich der Intensivmedizin. Allerdings kommt es bei zunehmender Problemkomplexität ohne die verbindliche Verabredung gemeinsamer Fallkonferenzen aller Behandler nicht selten zu Defiziten der Informationsgewinnung und -übermittlung. Die Konsequenz können suboptimale bzw. ineffektive Behandlungsmaßnahmen sein. Adäquat behandelt werden können Patienten, die (Routine-)Probleme medizinischer oder psychosozialer Art haben, mit geringer biopsychosozialer Wechselwirkung und geringen Complianceproblemen.

- *Ebene 2 – distanzierte Kooperation, getrennte Versorgung*

Auch hier haben die Behandler getrennte Systeme und ge-

### 3.3 Ebenen institutioneller Kooperation

trennte Abteilungen, aber es gibt gelegentliche oder regelmäßige Kontakte über gemeinsame Patienten, meist über Telefon und Brief. Die Verantwortungs- und Entscheidungsbereiche sind getrennt. Medizinische und psychosoziale Behandler erleben sich gegenseitig als Ergänzung, aber sie arbeiten in ihren eigenen Welten, verstehen wenig von der jeweils anderen Kultur und teilen wenig gemeinsame Verantwortung und Kompetenz. Es gibt institutionalisierte Überweisungsrituale (z. B. Konsildienste, Überweisung vom Haus- zum Facharzt).

Geeignet ist dieses Setting für Patienten mit geringen biopsychosozialen Problemen, ineffektiv ist es dann, wenn der Behandlungserfolg im somatischen oder psychosozialen Bereich ausbleibt.

- *Ebene 3 – Kooperation in verbundenen Versorgungsbereichen*

Auch hier arbeiten die Behandler in getrennten Abteilungen, jedoch unter dem Dach einer gemeinsamen Institution. Es gibt regelmäßigen fallbezogenen Austausch über die Patienten, meist durch Telefon oder Brief, wegen der kurzen Wege gibt es auch gelegentliche persönliche Kontakte. Die Behandler wertschätzen die unterschiedlichen Professionen, sie haben die Vorstellung, dass sie Teil eines Teams sind, das aber kaum definiert ist. Es gibt noch keine gemeinsame Sprache und kein tieferes Verständnis für die unterschiedlichen professionellen Welten. Die medizinischen Behandler haben einen größeren Einfluss auf die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen als alle anderen Mitarbeiter. Es gibt keine Systematik der Kooperation, und Missverständnisse sind häufig.

Patienten mit mäßigen biopsychosozialen Problemen, die einen gelegentlichen unmittelbaren Kontakt mit den psychosozialen Fachleuten erfordern, werden hier gut versorgt. Dies gilt auch für die Koordination komplexer Behandlungspläne für Patienten in Reha-Einrichtungen, in Gemeinschaftspraxen oder in Kliniken mit multiprofessionellen Behandlungsteams. Wenig geeignet ist diese Art der Zusammenarbeit für Pa-

tienten mit stärkeren biopsychosozialen Problemen oder mit anhaltenden Problemen des Krankheitsmanagements.

- *Ebene 4 – enge Kooperation in einem teilintegrierten System*  
Die Behandler teilen die Räume und haben einige gemeinsame Strukturen, wie z. B. die Gestaltung der Dienstpläne. Es gibt regelmäßige persönliche Kontakte, wechselseitige Konsultationen und koordinierte Behandlungspläne für schwierige Fälle. Neben der Anerkennung unterschiedlicher professioneller Rollen und Kulturen gibt es ein gemeinsames Wissen über komplexe biopsychosoziale Zusammenhänge zu Krankheitsgenese und nötigen Behandlungsschritten. Das Team fühlt sich einer biopsychosozialen Leitidee verbunden, es gibt jedoch wenige Aktivitäten, die dem Team selbst dienen, sondern meist steht der Patient im Mittelpunkt. Auch hier dominiert meist der Einfluss der ärztlichen Entscheidungsträger.

Die Kooperation in teilintegrierten Versorgungssystemen ist effektiv bei Patienten mit signifikanten biopsychosozialen Problemen und Komplikationen beim Krankheitsmanagement. Dies betrifft z. B. Frühfördereinrichtungen und Reha-Abteilungen, spezialisierte Klinikbereiche (z. B. Palliativabteilung, Schmerzklinik, Hospiz, Tumorzentren) oder auch Gemeinschaftspraxen und Beratungsstellen. Patienten werden hier gut behandelt, solange sie nicht Spannungen innerhalb des Teams auslösen (z. B. wenn konkurrierende Angehörige verschiedener Berufsgruppen bei komplexen Problemfällen einbezogen sind).

- *Ebene 5 – enge Kooperation im voll integrierten System*  
Räumlichkeiten und Ideen werden geteilt. Die Behandler verstehen sich als Teil eines biopsychosozialen Systems und haben ein Verständnis für die gegenseitigen Rollen und Kulturen entwickelt. Es finden regelmäßige Teamkonferenzen statt, bei denen sowohl über Patienten als auch über interne Teamprozesse gesprochen wird. Es gibt gezielte Versuche, Entscheidungsabläufe zu balancieren, das Team kann z. B. mit seinen

### 3.3 Ebenen institutioneller Kooperation

Ängsten und Ohnmachtsgefühlen (etwa durch eine Analyse der Gegenübertragung) konstruktiv umgehen.

Diese Form der verdichteten und fachübergreifenden Kooperation ist indiziert zur Behandlung von Patienten mit komplexen biopsychosozialen Problemen, wie sie z. B. im Bereich von spezialisierten klinischen Einrichtungen anzutreffen sind (in einer psychosomatischen Station oder Tagesklinik im Akutkrankenhaus, in einer Verbrennungsstation, Transplantationseinheit, IVF-Ambulanz, humangenetischen Beratungsstelle, in spezialisierten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen wie z. B. Pro Familia etc.).

Die Kooperationsgrenzen finden sich hier wieder in der Kapazität des Teams, aber auch in der Kooperation mit anderen Systemen, wenn sie problematisch ist.

Die kooperative Kompetenz stellt eine eigene Qualifikation dar, die im Rahmen der systemischen Familienmedizin von zentraler Bedeutung ist. Gemeint ist die Entwicklung kooperativer Modelle im Sinne einer Partnerschaft der Kollegen mit somatischem und psychosozialen Schwerpunkt, die schließlich die Integration derjenigen biologischen und psychosozialen Prozesse widerspiegelt, in deren Spannungsfeld sich auch die Patienten bewegen.