

prüft die Möglichkeiten, die Leistungsfähigkeit zu steigern, insbesondere durch sorgfältig überwachte Trainingsprogramme. Der Betriebsarzt muss aber auch die an einem Arbeitsplatz zu erwartende „Stressbelastung“, etwa durch starken Zeitdruck, bei der Beratung berücksichtigen. Es sind also sowohl somatische als auch psychische Faktoren in das Konzept der Rehabilitation zu integrieren.

Das für die Behandlung und Rehabilitation der koronaren Herzkrankheit Gesagte gilt für die Medizin allgemein. – Erfreulicherweise verwirklichen viele Ärzte in ihrer täglichen Praxis eine solche ganzheitliche Sicht des Menschen. Häufig haben jedoch insbesondere Ärzte, die stark in der Naturwissenschaft als einer wesentlichen Grundlagenwissenschaft der Medizin verwurzelt sind, bei der rationalen Analyse ihres ärztlichen Handelns Schwierigkeiten, die Einbeziehung des Subjekts innerlich zu bejahen.

Resümee

Es ist die Zielsetzung unserer Ausführungen, Folgendes deutlich zu machen: Auch wenn wir bezüglich des Zusammenhangs von Subjekt und Objekt, Psyche und Soma nach wie vor vieles nicht verstehen, ist als Tatsache zu akzeptieren, dass bereits von der Naturwissenschaft her eine durchgehende strikte Trennung von Subjekt und Objekt nicht aufrechterhalten wird. Dies befreit von alten Denkschablonen und ermutigt, in der Arzt-Patienten-Beziehung eine ganzheitliche Wahrnehmung des Menschen zu verwirklichen. Sie ist eine unabdingbare Voraussetzung für die Erfüllung der ärztlichen Aufgabe: Dem Arzt begegnen die Patienten mit ihrem klinischen Befund und den mit naturwissenschaftlichen Methoden analysierten Laborparametern, aber auch mit ihrer Biografie und ihren psychosozialen Problemen. Deshalb ist es nach unserer Überzeugung wesentlich, dass durch die Erkenntnisse der modernen Naturwissenschaft eine einheitliche, Psyche und Soma integrierende Sicht des Menschen erleichtert wird.

Zitierweise dieses Beitrags:
Dt Ärztebl 2000; 97: A-165–167
[Heft 4]

Literatur

1. Birbaumer N, Schmidt RF: Biologische Psychologie. 3. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1996.
2. Bohr N: The quantum postulate and the recent development of atomic theory. *Nature* 1928; 121 (Suppl): 580–590.
3. Crick F: The astonishing hypothesis. The scientific search for the soul. London, New York, Sydney, Tokyo, Toronto, Singapore: Touchstone Books 1995.
4. Descartes R: Discours de la méthode pour bien conduire sa raison, et chercher la vérité dans les sciences. Leyden: Ian Maire, 1637. Neu (französisch/deutsch): Discours de la méthode pour bien conduire sa raison, et chercher la vérité dans les sciences / Von der Methode des richtigen Vernunftgebrauchs und der wissenschaftlichen Forschung. Hamburg: Felix Meiner 1960.
5. Heisenberg W: Über quantentheoretische Umdeutung kinematischer und mechanischer Beziehungen. *Z Phys* 1925; 33: 879–893.
6. Heisenberg W: Der Teil und das Ganze. Gespräche im Umkreis der Atomphysik. München: Piper 1969.
7. Lamprecht F: Die psychosomatische Medizin zwischen Erklären und Verstehen. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 1996; 44: 213–219.
8. Pöppel E: Grenzen des Bewußtseins. Frankfurt/Main, Leipzig: Insel 1997.
9. Roth G: Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Konsequenzen. 3. Auflage. Frankfurt/Main: Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft 1999.
10. Schiller F: Versuch über den Zusammenhang der thierischen Natur des Menschen mit seiner geistigen. Stuttgart: Cotta 1780.
11. Schmahl FW, Dommke A, Hildenbrand S, Kahle PF: Gesundheitsförderung im Betrieb: Berücksichtigung von somatischen und psychosozialen Risikofaktoren bei Programmen zur Prävention der koronaren Herzkrankheit. In: Becker V, Schipperges H (Hrsg): Medizin im Wandel. Veröffentlichungen der Heidelberger Akademie der Wissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer 1997: 59–67.
12. Uexküll T von, Wesiak W: Theorie der Humanmedizin: Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. 3. Auflage. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1998.
13. Weizsäcker CF von: Der Aufbau der Physik. München, Wien: Carl Hanser 1985.
14. Weizsäcker CF von: Zeit und Wissen. München, Wien: Carl Hanser 1992.
15. Weizsäcker V von: Gesammelte Schriften in zehn Bänden. Achilles P, Janz D, Schrenk M, Weizsäcker CF von (Hrsg). Frankfurt/Main: Suhrkamp 1986.

Anschrift für die Verfasser

Prof. Dr. med. Friedrich W. Schmahl
Institut für Arbeits- und
Sozialmedizin
Wilhelmstraße 27
72074 Tübingen
E-Mail: friedrich.schmahl@uni-tuebingen.de

Antibiose vor perkutaner endoskopischer Gastrostomie

Die perkutane endoskopische Gastrostomie wird immer häufiger bei Patienten mit Schluckstörungen eingesetzt, um die Nahrungsaufnahme vorübergehend oder permanent zu gewährleisten. Die häufigste Komplikation ist eine lokale Wundinfektion. Die Autoren untersuchten in einer prospektiven Studie, ob eine perioperative Antibiotika-Gabe die Rate an Komplikationen zu senken vermag. In der doppelblind angelegten Studie erhielten die Patienten einmalig 2,2 g Augmentan 30 Minuten vor Anlage der perkutanen endoskopischen Gastrostomie. Dadurch konnte die Infektionsrate von 65 Prozent auf 20 Prozent gesenkt werden. Auch die Zahl der klinisch relevanten Infekte ging von 26 Prozent auf 2 Prozent zurück, sodass sich die Autoren für eine perioperative antibiotische Prophylaxe stark machen.

Diese Ergebnisse werden durch eine zweite Multicenterstudie aus Deutschland bestätigt. Dabei erhielten 141 Patienten 30 Minuten vor Durchführung einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie entweder 1 g Ceftriaxon intravenös oder keine Antibiose. Dadurch konnte die Zahl der Wundinfektionen, aber auch systemischer Infektionen, insbesondere bei Tumorpatienten, signifikant gesenkt werden. w

Prelik G, Grüne S, Leser HG, Leberz J, Heldwein W, Machka K, Holstege A, Kern WV: Prospective, randomized, double blind trial of prophylaxis with single dose of co-amoxiclav before percutaneous endoscopic gastrostomy. *Brit Med J* 1999; 319: 881–884.

Medizinische Universitätsklinik und Poliklinik, 89070 Ulm.

Dormann AJ, Wigglinghaus B, Risius H, Kleimann F, Kloppenburg A, Grünwald T, Huchzermeyer H: A single dose of ceftriaxone administered 30 min. before percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) significantly reduces local and systemic infective complications. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 3220–3224.

Medizinische Klinik, Friedrichstraße 1, 32427 Minden.