

Protokoll der MVV 1998, 23.10.1998

Klinik Glotterbad, 18.⁴⁵-20.³⁰Uhr

Der Sprecher des Vorstands, Thure von Uexküll, eröffnet die Versammlung und benennt Wulf Bertram zum Versammlungsleiter. Wulf Bertram stellt die Beschlußfähigkeit der Mitgliederversammlung unter Hinweis auf die ordnungsgemäße und rechtzeitige Einberufung fest. Die Tagesordnung wird genehmigt, Ergänzungs- oder Änderungswünsche liegen nicht vor. Herbert Kappauf übernimmt die Protokollführung.

Bericht des Vorstands:

Wulf Bertram berichtet über die Aktivitäten der AIM in den letzten 3 Jahren, da die Wahlperiode des derzeitigen Vorstandes zu Ende geht.

9/1995 Jahrestagung in Nürnberg,

6/1996 Lehrkörpertreffen in Hamburg

10/1996 Jahrestagung in Heidelberg,

6/1997 Lehrkörpertreffen in Hamburg

9/1997 Jahrestagung in Glotterbad (Mitgliedertreffen)

10/1998 Jahrestagung in Glotterbad

Vorstand und einzelne Mitglieder der AIM engagierten sich im Sinne der AIM bei einer Reihe von anderweitig organisierten Tagungen.

Der Vorstand traf sich jeweils im Rahmen der Jahrestagungen und Lehrkörpertreffen, außerdem zusätzlich 1/1996, 1/1997 und 5/1998 in Freiburg. Dort fand 10/1997 auch ein Treffen von Vorstandsmitgliedern der DKPM und der AIM statt, bei dem eine von der AIM-Mitgliederversammlung 1997 begrüßte engere Zusammenarbeit mit dem Ziel einer "Fusion ohne Identitätsverlust" (v. Uexküll) vereinbart wurde. Das für 5/1998 in Heidelberg geplante Lehrkörpertreffen war auf Grund von Mißverständnissen zwischen Veranstaltern und Vorstand irrtümlich abgesagt worden. Der Vorstand bedauert dies und wird dafür Sorge tragen, daß durch eine zukünftig weniger dyadische sondern besser "vernetzte" Kommunikation innerhalb des Vorstands und in der Kommunikation mit den Regionalgruppen derartige Pannen vermieden werden.

Lehrkörper: Als feste Struktur soll am jährlichen Lehrkörpertreffen und einer jährlich stattfindenden Jahrestagung festgehalten werden. Ordentliche Mitglieder der AIM, die ihre Kompetenz in integrierter Medizin in regelmäßiger Mitarbeit an der Fortentwicklung der Theorie integrierter Medizin einbringen wollen, werden vom Vorstand auf Antrag in den Lehrkörper aufgenommen. Werner Geigges hebt in einem kurzen Kommentar u.a. noch einmal hervor, daß sich der Lehrkörper als Arbeitsgremium und nicht als Kompetenzhierarchie versteht! Die Mitglieder des Lehrkörpers verpflichten sich, regelmäßig an den Lehrkörpertreffen teilzunehmen. Eine zweimalige Nichtteilnahme in Folge wird vom Vorstand als Wunsch gewertet, vorerst nicht mehr im Lehrkörper mitzuarbeiten.

Mitteilungsblatt: Philipp Herzog hat 12/97-01/98 das AIM-Telegramm Nr.1 redigiert und bereitet derzeit Ausgabe Nr.2 vor. Berichte aus Regionalgruppen und Adressen der jeweiligen Sprecher werden sich dort finden. Ihm wird vom Vorstand und der MV für sein Engagement für das Mitteilungsblatt gedankt. Von 2 neuen Mitgliedern aus Wiesbaden (Albers und Leiß) wird angeboten, ihn nach Rücksprache bei Redaktion und Produktion zukünftiger Mitteilungsblätter zu unterstützen.

Kassenbericht: Werner Geigges berichtet über die finanzielle Situation der AIM und legt die Ein- und Ausgabenbilanz des letzten Jahres vor. Die Finanzen der AIM und ihre Liquiditätsreserven sind weiter stabil. Erfreulich war die gute Zahlungsmoral hinsichtlich der Mitgliederbeiträge im letzten Jahr. Das Einzugsverfahren wird vorbereitet. Der Dank der MV geht an Marina von Uexküll, die die wesentliche Finanzverwaltung erledigt hat.

Die Sprecher der **Regionalgruppen** (in Klammern die jeweiligen Ansprechpartner/innen) berichten kurz über deren Größe und Aktivitäten. Regionalgruppen existieren inzwischen in Hamburg (Schmeling-Kludas), Münster (Schlitt), Wiesbaden (Albers), Heidelberg (Jünger), Frankfurt (Hontschik), Stuttgart (Fischer/Wedler), Freiburg (Geigges), Basel (Stadlmayr), Berlin (Burger) und Nürnberg (Kappauf).

Entlastung des Vorstands: Der Vorstand wird mit 47 Ja-Stimmen ohne Gegenstimmen und ohne Enthaltungen einstimmig entlastet. Der bisherige Vorstand beendet damit seine Tätigkeit.

Neuwahl des Vorstands: Die Mitgliederversammlung bestimmt Peter Hahn zum Wahlleiter und Frau von Uexküll und Joachim Demmel zu Wahlhelfern.

Wahl des Vorstands: Als Kandidat(inn)en für den Vorstand werden vorgeschlagen und sind mit der Kandidatur einverstanden: Th. v. Uexküll, Geigges, Bertram, Adler, Hontschik, Schmeling-Kludas, Haag, Jünger, Kappauf, Schlitt.

Entsprechend der Zahl der abgegebenen Stimmen (47) werden als Vorstandsmitglieder gewählt:

Th. v. Uexküll, Freiburg (43); Geigges, Glottertal (41); Bertram, Stuttgart (39); Jünger, Heidelberg (39); Adler, Bern (38); Haag, Hamburg (36); Hontschik, Frankfurt (28). Alle gewählten Kandidaten nehmen die Wahl an.

Dem Wahlleiter und den Wahlhelfern wird für die reibungslose Durchführung der Wahl gedankt.

Verschiedenes: Dieser Tagesordnungspunkt wird während der Stimmenauszählung vorgezogen, wobei die MV den Wahlleiter bittet, zwischenzeitlich die kommissarische Leitung der Mitgliederversammlung zu übernehmen. Sobald die Stimmenauszählung beendet ist, übernimmt Wulf Bertram im Namen des neuen Vorstands wieder die Sitzungsleitung.

Lehrkörpertreffen 1999: Die Regionalgruppen Hamburg und Heidelberg bieten an, das nächste Lehrkörpertreffen im Sommer 1999 zu organisieren. Das Treffen entweder in Hamburg oder Heidelberg wird rechtzeitig angekündigt, nachdem der neue Vorstand über den Veranstaltungsort beraten hat (nächstes Treffen des neuen Vorstands: 29.1.99).

Jahrestagung 1999: Herr Nelting bietet an, die Jahrestagung 1999 in Arolsen zu veranstalten. Gewünschter Termin: Anfang Oktober, außerhalb der Herbstferien. Der Termin wird vom Vorstand abgestimmt. Bernd Hontschik wünscht als Tagungsthema eine eingehendere Beschäftigung mit der Methode der reflektierten Kasuistik.

Telegramm an die neue Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer: Die Mitgliederversammlung unterstützt einstimmig einen von Walter Burger, Berlin, formulierten Telegrammtext, der die neue Gesundheitsministerin auffordert, dringlichst die Modellversuchsklausel für die derzeitige Approbationsordnung zu unterzeichnen, da ansonsten dem Reformstudiengang an der Berliner Humboldt-Universität die Finanzierung entzogen ist und nach 10 Jahren international anerkannter Vorarbeit die Implementierung des Reformmodells verunmöglicht wird.

Von verschiedenen Mitgliedern wird der Wunsch nach Treffen der Sprecher der Regionalgruppen bzw. eine andere, engere Zusammenarbeit und ein besseres gegenseitiges Kennenlernen von Regionalgruppen (z.B. gegenseitige Einladungen) angeregt. Zur Intensivierung der Kommunikation könnten auch vermehrt neue elektronische Medien dienen (Chat-Zirkel, e-mail-Konferenzen). Die Krehl-Klinik in Heidelberg bietet der AIM an, eine Selbstdarstellung und Informationen ihrer Homepage anzufügen.

Die Mitgliederversammlung bedankt sich ganz herzlich bei Jörg Herrmann und Werner Geigges für die großartig organisierte Jahrestagung und die intellektuelle und kulinarische Gastfreundschaft im Glottertal. Gegen 20.30 Uhr wird die Mitgliederversammlung beendet.

Nürnberg, 9.11.98

Protokollführer: Herbert Kappauf

* * * * *

Berichte von der Jahrestagung der Akademie für Integrierte Medizin

vom 22. Bis 24.10.1998, Klinik für Rehabilitation Glotterbad, Glottertal

”Körper sein und Körper haben”

J.M. Herrmann würdigte zu Beginn der Tagung Leben und Werk Thure von Uexkülls anlässlich seines 90. Geburtstags, und er zitierte Thure von Uexküll, der auf die Frage nach den wichtigsten drei Tugenden im Leben antwortete : ”Neugier, Neugier, Neugier” .

Einem wichtigen Anliegen Thure von Uexkülls folgend, stand die Jahrestagung inhaltlich wieder ganz im Zeichen der Entwicklung theoretischer Modelle für eine integrierte Medizin. Mit seinem eigenen Grundsatzreferat Körper sein – Körper haben entwickelte Uexküll eine theoretische Landkarte für das Verständnis der einzelnen Tagungsbeiträge:

Vor dem Hintergrund der "konstruktivistischen Wende" im wissenschaftstheoretischen Diskurs bedeutet der psycho-physische Dualismus nicht länger die Abbildung einer "objektiven Realität", sondern ein Dilemma, das sich aus dem Descartesschen Realitätskonstrukt ergibt.

Im Doppelaspekt Körper haben – Körper sein stoßen wir auf einen ganz anderen Dualismus, ihm entsprechen systemtheoretisch zwei verschiedene Formen eines "Innen" und "Außen".

Für einen Körper, den man *hat*, sind "Innen" und "Außen" räumliche Qualitäten; dies entspricht am ehesten dem Körperbegriff der Anatomie und Physiologie der somatischen Medizin, hier soll der Körper in Form gebracht werden für operative Eingriffe und invasive Diagnostik, das heißt für eine exakte räumliche Orientierung (pragmatisches Realitätsmodell).

Für den Körper, der man *ist*, sind "Innen" und "Außen" Bedeutungsqualitäten, das heißt Innen und Außen verstehen sich als Charakteristik eines Bedeutungssystems, eines Codes, der entscheidet, wer oder was Außen und Innen ist.

Diesem Körperbegriff wird am ehesten das Modell einer "subjektiven Anatomie" gerecht.

In den Arbeitsgruppen "Funktionelle Entspannung – Subjektive Anatomie" konnten die Teilnehmer auch praktisch einen kommunikativen Zugang zu dieser Welt des "Körper-Seins" erproben und dies reflektieren. Insbesondere zur weiteren Konzeptualisierung von körpertherapeutischen Angeboten (Arbeitsgruppe "Körperorientierte Psychotherapie") erweist sich Thure von Uexkülls semiotischer Diskurs hilfreich: Die Unterscheidung einer ikonischen, indexikalischen und symbolischen Zeichenebene unseres Körpererlebens und ihr ontogenetischer Bezug.

In einzelnen Referaten konnten sehr anschaulich Praxiserfahrungen vor dem Hintergrund dieses theoretischen Modells reflektiert werden.

Erstmals auf einer Jahrestagung der AIM wurde eine psychiatrische Kasuistik vorgetragen und vor diesem neuen theoretischen Bezugsrahmen reflektiert. Die konkrete Anwendung des theoretischen Modells auf die eigene medizinische Praxis soll auch auf der nächsten Jahrestagung ein Hauptanliegen darstellen, damit wir alle noch näher mit diesen Modellen vertraut werden, um ihre Nützlichkeit im Hinblick auf die Reflexion unserer eigenen Praxis (reflektierte Kasuistik) kritisch zu überprüfen.

Die Arbeitsgruppen "Patient mit chronischen Schmerzen" und "Forschung in integrierter Medizin" fanden großen Zulauf und könnten als Kombination von Kurzreferaten und intensiver Diskussion Modell für künftige Arbeitsgruppen bei Tagungen der AIM sein. Die Frage, wie kann eine Forschungspraxis aussehen, die das Subjekt nicht zu eliminieren versucht, wird auch Thema des Lehrkörpertreffens 1999 sein.

In seiner Hommage an Thure von Uexküll griff Hoffmeyer (Kopenhagen) die vorgenannte Unterscheidung von "Innen" und "Außen" noch einmal auf und definierte den menschlichen Körper als "Set unzähliger lebendiger Membranen", die damit beschäftigt sind, ihr "Innen" mit ihrem "Außen" abzustimmen durch einen permanenten Austausch von Zeichen.

Bericht über die Arbeitsgruppe "Forschung in Integrierter Medizin"

Die Arbeitsgruppe wurde von Ch. Schmeling-Kludas und R. Plassmann moderiert, an den insgesamt drei Sitzungsterminen nahmen 12 bis 14 Mitglieder der Akademie für Integrierte Medizin teil.

An Hand eines von Thure von Uexküll eingebrachten Papiere zur Forschung in Integrierter Medizin wurde zunächst auf den Unterschied zwischen galileischen Wissenschaften und Indizienwissenschaften eingegangen, wobei letztere den Ansatz der naturwissenschaftlichen Medizin ergänzen müssen, wenn "individuelle Wirklichkeiten von Ganzheiten als Geschichten" erforscht bzw. dargestellt werden sollen. Vor diesem Hintergrund wurden sechs verschiedene Forschungsansätze referiert und diskutiert.

1. Die **Reflektierte Kasuistik** stellt eine bereits in der Akademie für Integrierte Medizin allgemein akzeptierte Forschungsmethode dar, die allerdings mit dem Nachteil verbunden ist, daß sie nicht zu Ergebnissen führt, die ohne weiteres an andere Interessierte weitergegeben werden könnten.
2. H.-A. Schaub (Emden) berichtete über ein Forschungsprojekt in der Hausarztpraxis, das eng an die Methode der Reflektierten Kasuistik angelehnt ist. In diesem Projekt begeben sich Ärzte, Patienten und Forscher in einen vom Ergebnis her offenen Prozeß, in dem immer wieder auch über die Forschungsmethoden und Inhalte gemeinsam reflektiert wird. Mit dem Ziel, Chronifizierungen im ambulanten Behandlungssetting zu vermin-

dern, werden individuelle Patientengeschichten analysiert und begleitet. Da sich das Projekt auf etwa 20 Patienten beziehen wird, sind im Hinblick auf Outcome-Kriterien auch quantitative Auswertungen denkbar, d. h. man gerät an die Schnittstelle zwischen Einzelfall-Analysen und Stichprobenbeschreibungen.

3. H.W. Krause (Königstein/Taunus) berichtete über Befragungen bei ambulant und stationär behandelten Patienten, die ergaben, daß das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell auf große Akzeptanz stößt. In Zukunft ist eine Differenzierung im Hinblick auf organisch und psychosomatisch Erkrankte vorgesehen.
4. G. Schlitt (Münster) entwickelte einen Forschungsansatz, demzufolge während psychotherapeutischer Behandlungen dokumentiert werden kann, auf welche Systemebene das Interesse von Arzt und Patient jeweils gerichtet ist und wie die Bedeutungskopplungen zwischen diesen Systemebenen gestaltet sind. Damit wird auf ein zentrales Problem der Integrierten Medizin fokussiert, nämlich auf die Übergänge von der Beschäftigung mit psycho-sozialen Vorgängen auf somatische Abläufe und umgekehrt.
5. R. Plassmann (Stadtlengsfeld) referierte, wie in der Rehabilitationsklinik in Stadtlengsfeld **Passungen** zwischen Patient und Therapeut angestrebt und dokumentiert werden. Ausgangspunkt ist die subjektive Krankheitstheorie des Patienten und eine Einigung darüber, welche Thematik bzw. welche Problemstellung während des stationären Aufenthaltes in den therapeutischen Gesprächen bearbeitet werden soll. Unterschiedliche Beziehungsangebote des Patienten wurden beschrieben. In der Diskussion wurde auf die noch weitgehend offene Frage eingegangen, wie Passungen zwischen Patient und Therapeut als günstig bzw. ungünstig beurteilt werden können. Notwendig wäre hier die Einbeziehung beider Perspektiven. Mit dem Ansatz von Plassmann wird der für eine Integrierte Medizin zentrale Punkt der Passung in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses gerückt, quantitative Auswertungen zu größeren Patienten-Stichproben sind möglich.
6. Ch. Schmeling-Kludas (Bad Segeberg) berichtete über eine am Coping-Modell orientierte Kontrollgruppenstudie, in der "integriert" mit "traditionell" behandelten internistischen Patienten verglichen wurden. Es stellte sich heraus, daß die integriert behandelten Patienten sich von den Krankenhausärzten besser sozial unterstützt fühlten und daß ihnen am Ende der stationären Behandlung die psychische Adaptation besser gelungen zu sein schien. Auch dieser Forschungsansatz berücksichtigt mit einem quantitativen Vorgehen zugleich die "individuellen Wirklichkeiten" der Patienten.

Insgesamt hat sich die Diskussion der beschriebenen Forschungsansätze und ihre Bewertung im Hinblick auf wissenschaftstheoretische Grundannahmen der Integrierten Medizin als für alle Beteiligten fruchtbares und weiterführendes Vorgehen erwiesen. Die Arbeitsgruppe soll bei den nächsten Veranstaltungen der Akademie für Integrierte Medizin fortgesetzt werden.

Ch. Schmeling-Kludas (Bad Segeberg), Referat Forschung und Evaluation der AIM

* * * * *

Das Zeichen als Bindeglied zwischen Phänomen und Meßwert

Die moderne Medizin betrachtet die Naturwissenschaft als ihre wissenschaftliche Grundlage. Ihre erkenntnistheoretischen Modelle basieren auf denen der klassischen Physik. Davon ausgehend wird der lebende Organismus als komplexes System betrachtet, dessen Reaktionen den Gesetzen der klassischen Physik und Chemie folgen. Als Konsequenz werden nur Methoden der Chemie und Physik, welche dem Untersucher erlauben, objektive, "harte" Daten zu erheben, als adäquate wissenschaftliche Methoden zum Verständnis medizinischer Fragestellungen angesehen. Die Interaktion des Forschers mit seinem Forschungsgegenstand als ein Faktor, der den Forschungsprozeß und sein Ergebnis maßgeblich beeinflusst, ist kein ernsthafter Gegenstand wissenschaftlicher Diskurse in der modernen Hochschulmedizin. Somit verharrt die etablierte Medizin im Stand eines naiven Realismus.

Notwendige Folge dieses Denkansatzes ist die Anwendung einer reduktionistischen Forschungsstrategie. Dabei können zwei Aspekte der Reduktion unterschieden werden:

Der erste (methodische) Aspekt der Reduktion manifestiert sich darin, daß im Forschungsprozeß komplexe Phänomene auf kleinere Elemente reduziert werden, die dem Anspruch genügen müssen, mit physikalisch-chemischen Methoden objektiv, d.h. reproduzierbar und untersucherunabhängig erfassbar zu sein.

Der zweite (wissenschaftstheoretische) Aspekt der Reduktion zeigt sich in der mehr oder weniger explizit geäußerten Überzeugung, das untersuchte komplexe Phänomen durch Zusammenführen der bei der Untersuchung seiner isolierten Elemente gewonnenen Untersuchungsergebnisse erklären zu können.

Den mit reduktionistischen Methoden und Denkansätzen gewonnenen Erkenntnissen waren und sind zweifellos enorme Fortschritte der modernen Medizin zu verdanken, die zur Entwicklung machtvoller Instrumente für die Behandlung bestimmter, vor allem akuter Gesundheitsstörungen geführt haben. In seiner täglichen Arbeit ist der Arzt aber nicht mit wissenschaftlich definierten Krankheitsentitäten, sondern mit dem kranken Menschen konfrontiert. Seine Situation stellt sich sowohl für ihn selbst wie für seinen Arzt eher als komplexes Phänomen, bestehend aus Empfindungen, Hoffnungen, Atmosphären etc. denn als einfache Störung physikalisch-chemischer Prozesse dar, obgleich beide Ebenen nicht unabhängig voneinander sind.

Für den Arzt, der seine medizinische Tätigkeit wissenschaftlich fundiert ausüben möchte, ergibt sich das Problem, daß naturwissenschaftliche und phänomenale Aspekte im traditionellen Verständnis von Wissenschaft keine gemeinsame epistemologische Basis haben. Die Welt der Phänomene, die die Matrix menschlicher Selbst- und Welterfahrung darstellt, befindet sich in der streng von der Welt der Naturwissenschaft getrennten Geisteswissenschaft. Phänomenale Aspekte von Gesundheit und Krankheit sind daher für eine Medizin, die für sich in Anspruch nimmt, auf harten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu gründen, wissenschaftlich nicht faßbar und bilden daher keine ernsthafte Grundlage modernen medizinischen Selbstverständnisses. Auch die Kombination von Psychologie, Soziologie und medizinischer Somatik kann die vielfältige Welt der subjektiven Phänomene nicht widerspiegeln, um die es in der medizinischen Praxis eigentlich geht.

Der hinter der geschilderten Problematik liegende Konflikt läßt sich auf die Inkompatibilität von objektivierbaren Daten und subjektiv erlebten Phänomenen fokussieren. Objektive Daten sind an eindeutige Zeichen gebunden. Die für die "objektive" Wissenschaft geforderte *Eindeutigkeit* des Zeichens steht im Widerspruch zu der schillernden *Mehrdeutigkeit* menschlicher Wahrnehmung. Eine genaue Betrachtung des Charakters und der Funktion von Zeichen macht aber deutlich, daß die Kluft zwischen "objektivem" Meßwert und "subjektivem" Phänomen eine Fiktion ist.

Reduktionistische Wissenschaft erfordert eine Reduktion von Phänomenen auf die Ebene von Zeichen. Naturwissenschaftliche Forschung fordert die Verwendung eindeutiger, unmißverständlicher Zeichen. Zeichen werden vom Beobachter verwendet, um einen Gegenstand oder einen Sachverhalt zu identifizieren. Im Vorgang des Bezeichnens wird der bezeichnete Gegenstand oder Sachverhalt aus der unendlichen Welt der erfahrbaren Phänomene, der unendlichen Vielfalt der möglichen Gegenstände, Sachverhalte, Gefühle oder Atmosphären herausgelöst und von diesen unterscheidend abgetrennt. Ein Tisch erhält zum Beispiel seine identifizierende Bezeichnung Tisch eben auch dadurch, daß mit der Bezeichnung "Tisch" klar gemacht wird, daß er eben kein "Nicht-Tisch" ist und sich somit von allen "Nicht-Tisch"-Sachverhalten, -gegenständen etc. unterscheidet. Theoretisch wäre es möglich, einen Tisch dadurch zu identifizieren, daß man alle denkbaren Gegenstände, Sachverhalte etc. aufführt, die er *nicht* ist. Im Negativ würde sich dann der Tisch als Umriß herauschälen.

Jede Bezeichnung beinhaltet also unvermeidlich die Unterscheidung des Bezeichneten von dem, was es *nicht* bezeichnet. Hinter jedem Bezeichneten breitet sich die Schattenwelt dessen aus, was nicht bezeichnet wurde. Die Blick- bzw. Denkrichtung des Betrachters bestimmt, auf welchem Hintergrund sich das jeweils Bezeichnete abzeichnet, wovon es unterschieden wird. Diese "Rückseite" des Zeichens verweist auf die unendliche Welt der Phänomene, die die Matrix menschlichen Lebens ist. Die Doppelseitigkeit jedes Zeichens bildet die Verbindung zwischen der Welt der definierten Zeichen (z.B. eines Meßwerts) und der Welt der vieldeutigen Phänomene. Die Anerkennung der Doppelseitigkeit des Zeichens (*positives* Zeichen und *negative Schattenwelt*) macht die wissenschaftstheoretische Trennung von Natur- und Geisteswissenschaft als Fiktion deutlich. Damit ergibt sich eine theoretische Basis für eine integrierte medizinische Wissenschaft und Praxis.

Walter Burger (Berlin)

* * * * *

Berichte aus den Regionalgruppen

Folgende Berichte erhielt das AIM-Telegramm direkt aus den Regionalgruppen:

Regionalgruppe Basel

Die Regionalgruppe besteht aus 7 regelmässig teilnehmenden Mitgliedern, u.a. Th.v.Uexküll. Wir treffen uns im Abstand von 6-8 Wochen. Die Gruppe besteht jetzt seit gut eineinhalb Jahren. Neben der Fallarbeit mittels der Methode der "reflektierten Kasuistik" beschäftigten wir uns ausführlich mit der berufspolitischen Situation der integrierten tätigen Behandler(innen): Einerseits als ein Grenzgänger im Spannungsfeld zwischen etablierter Somatik und Psychiatrie, der von keiner Seite anerkannt wird, und andererseits als permanent überforderter Pionier, der als Einzelgänger institutionell nicht gestützt wird, weil keine Vorstellung besteht von einer "hilfreichen Umwelt" als therapeutischer Auftrag an ein *System*, nicht nur an eine Einzelperson. Integriertes Denken stellt auch dauernd z.B. die auf Einzelleistungen ausgerichtete Entlohnung in Frage: Aneinander gereihete Einzelleistungen ergeben bestenfalls additive Effekte, nicht jedoch das emergente Entstehen von "Gruppe"; Neu ist für die meisten Mitglieder die theoretische Auseinandersetzung mit den Begrifflichkeiten von Semiose, welche wir mehr und mehr in unsere Beschreibung bei den reflektierten Kasuistiken benutzen. (Werner Stadlmayr)

Regionalgruppe Hamburg

Die Hamburger Regionalgruppe umfaßt z. Zt. Etwas über 30 Mitglieder, 10 davon sind dem Kreis der Dozenten zuzurechnen. Letztere treffen sich – wie auch in den vergangenen Jahren – weiterhin monatlich, wobei regionale und überregionale Aktivitäten und Veranstaltungen in der Akademie für Integrierte Medizin geplant und koordiniert werden. Daneben findet eine inhaltliche Auseinandersetzung mit verschiedenen Themen statt (z. B. mit Evidence Based Medicine oder mit ethischen Aspekten der Integrierten Medizin). Viermal im Jahr wird das Treffen zur Durchführung einer reflektierten Kasuistik genutzt, diese Abende sind dann auch für alle übrigen Akademiemitglieder bzw. Interessierte offen (Beteiligung zuletzt leicht steigend).

Darüber hinaus sind die Hamburger Dozenten der Akademie für Integrierte Medizin im Curriculum "Psychosomatische Grundversorgung", im Curriculum für Allgemeinmedizin sowie in der Lehre an der Universität Hamburg aktiv.

Am 12. September 1998 hielt Thure von Uexküll auf einem Symposium der SEGEBERGER KLINIKEN einen Vortrag über die Grundlagen der Integrierten Medizin, wobei mehrfach auf die Akademie für Integrierte Medizin hingewiesen wurde, so daß sich zahlreiche neue Interessenten meldeten.

In Zukunft sollen die inhaltliche Arbeit im Dozentenkreis, die Durchführung reflektierter Kasuistiken für alle Akademiemitglieder sowie die Aktivitäten in den verschiedenen Weiterbildungsbereichen (Psychosomatische Grundversorgung, Allgemeinmedizin und so fort) beibehalten werden.

(Ch. Schmeling-Kludas, Sprecher der Regionalgruppe der Akademie für Integrierte Medizin Hamburg)

Regionalgruppe Münster

Die halboffene Gruppe hat 18 Teilnehmer, von denen 10 zum Kern der Gruppe geworden sind. Die Gruppe trifft sich an jedem 1.Mittwoch im Monat in einem professionell ausgestatteten Raum eines Tagungshotels. Die Unkosten sind über einen Abendbeitrag von 10,- zu finanzieren. In der Woche zuvor wird eine Einladung mit Angabe des Referenten und seines Themas verschickt. Jeweils ein Teilnehmer erhält die Gelegenheit, ca. 30 min. über ein Thema seines Arbeitsbereiches zu sprechen und dies anschließend eineinhalb Stunden im Forum diskutiert zu bekommen. Referenten und Teilnehmer haben dies bisher als bereichernd für sich erlebt, da die Diskussionen anregend und konstruktiv verlaufen und einer Vielfalt von Gesichtspunkten Raum geben. Dies entsteht in erster Linie dadurch, daß das Berufsspektrum der Teilnehmer breit gefächert ist

(1 Krankenschwester, 1 Physiotherapeut, 1 Musiktherapeut, 2 Psychologinnen, 1 Theologin, 1 Soziologe, 3 Nervenärzte, 3 Internisten, 1 Zahnarzt, 1 Urologin, 1 em. HNO-Professor). Die meisten Teilnehmer sind in ihrem Beruf stark engagiert und neugierig auf Erfahrungen, die aus anderen Blickwinkeln gemacht werden. Im Anschluß an die fachliche Diskussion findet ein geselliges Beisammensein bei einem Glas Wein im angenehmen Lokal des Tagungshotels statt.

Die meisten Teilnehmer sind zahlende Mitglieder diverser Vereine. Deshalb wollten sie zu Beginn unserer Arbeit noch nicht einem weiteren Verein beitreten, sondern erst mal abwarten, wie die Dinge sich entwickeln. Alle sind an der Tagung in Glotterbad interessiert.

Aus der gemeinsamen Behandlung, die drei Forumsmitglieder bei einer Patientin mit "Magen-Leiden" durchführten, ist ein Vortrag auf der Jahrestagung in Glotterbad hervorgegangen.

(G.Schlitt)

Regionalgruppe Stuttgart

Am 30. September 1997 fand ein erstes Treffen zur Bildung einer Regionalgruppe der AIM im Bürgerhospital in Stuttgart statt. Entsprechend dem damals gefaßten Entschluß finden die Treffen seither vierteljährlich (jeweils ein Dienstag abend im Januar, im April, im Juli und im Oktober) statt. Die Sitzungen dauerten bisher jeweils 2 Stunden.

Teilnehmer waren überwiegend niedergelassene Ärzte einschließlich Fachärzte aller Schattierungen, in der Minderzahl in der Klinik tätige Assistenzärzte und Oberärzte. Jede Veranstaltung hatte 20 – 30 Teilnehmer.

Inhaltlich stand jeweils eine (oder auch zwei) von den Teilnehmern spontan vorgetragene reflektierte Kasuistik im Mittelpunkt. Daneben gab es kurze Informationen über Themen wie "Inhalte integrierter Medizin", "Was ist Konversion?", "Was ist die Akademie für integrierte Medizin?".

Organisatorisch sind mein ehemaliger Mitarbeiter Dr. Fischer (jetzt Ludwigsburg) und ich selber verantwortlich. Die Gruppe ist offen, Beiträge werden nicht erhoben, die Teilnehmer werden aber auf die Vorteile einer Mitgliedschaft in der AIM aufmerksam gemacht (mehrere haben inzwischen Aufnahmeanträge gestellt). Ein kleiner Imbiß am Rande (in Stuttgart bei abendlichen Fortbildungsveranstaltungen ziemlich obligatorisch) wird bisher vom Hause bzw. einer Pharmafirma gesponsert. Die Treffen werden als "Psychosomatisches Forum" im Fortbildungskalender der Ärzteschaft Stuttgart angekündigt.

Resümee: Beeindruckend war für mich jedes Mal die Spontaneität und Intensität der Vorstellung und Diskussion einer meist sehr bewegenden Fallgeschichte. Die Tatsache, daß die meisten Teilnehmer vorher am Curriculum Psychosomatische Grundversorgung teilgenommen haben, mag eine Rolle spielen. Der Gedanke der Integration findet überall eine sehr positive Resonanz.

Termine: die nächsten Treffen 1999: 12.1.99, 13.4.99, 6.7.99, 5.10.99 jeweils 19.30, Bürgerhospital Stuttgart

(H. Wedler, Stuttgart)

Auf der Mitgliederversammlung in Glottertal wurde folgendes aus den Regionalgruppen berichtet:

(Zusammenfassung: P. Herzog)

Wiesbaden: Die Regionalgruppe befindet sich in statu nascendi. Es wurden bisher 2 Veranstaltungen zum Thema Semiotik mit jeweils ca. 200 Teilnehmern organisiert. Der geringe Organisationsgrad der Teilnehmer in der AIM wird mit der großen Dichte an Veranstaltungen und Qualitätszirkeln erklärt. (L. Albers)

Heidelberg: Die Regionalgruppe besteht seit Ende 1994. Die Besetzung hat sich mit der Zeit verändert, waren es zunächst viele Mitglieder in den Pflegeberufen, Studenten und Ärzte, so bestand die Gruppe im letzten Jahr zu 2/3 aus Assistent(inn)en der 2. Inneren Abteilung der Heidelberger Uni-Klinik. Die Gruppe besteht aus 18-20 Mitgliedern, davon ein harter Kern bei den regelmäßigen Treffen alle 2 Monate. Schwerpunkt der Arbeit ist u.a. die Beteiligung an den Studentenkursen Innere Medizin und PJ. (J.Jünger)

Freiburg: Die Gruppe besteht z.Zt. aus 14 Mitgliedern, davon 1 Krankenschwester, 1 Psychologe, der Rest Ärzte. Der Schwerpunkt der Arbeit lag auf der Weiterentwicklung des Konzepts der Reflektierten Kasuistik und der Beteiligung am Curriculum "Psychosomatische Grundversorgung". (W.Geigges)

Berlin: Die Gruppe besteht derzeit aus 8-9 ärztlichen Mitgliedern, ist "noch nicht so richtig in Schwung", Schwerpunktthema ist "Angewandte integrierte Wissenschaft am Beispiel der Autoimmunkrankheiten". Weitere Aktivitäten beziehen sich auf den Reformstudiengang an der Humboldt-Universität Berlin (siehe Protokoll der MV) (W.Burger).

Nürnberg: In Nürnberg bilden 4 AIM-Mitglieder eine "Gemeinschaft von Einsiedlern", die mehr über die Inhalte als über regelmäßige Treffen geprägt ist. In Einzelaktivitäten wird versucht, den Gedanken der Integrierten Medizin im ärztlichen und pflegerischen Bereich zu vertiefen. (H. Kappauf)

* * * * *

Initiativen – Projekte

Aus **Emmendingen** (bei Freiburg) erreichte uns folgender Bericht einer Initiativgruppe, die sich der AIM verbunden fühlt:

”Seit Herbst 1997 versuchen wir, im Kreiskrankenhaus Emmendingen auf einer internistischen Allgemeinstation (mit maximal 14 Patienten) ein integriertes Behandlungskonzept umzusetzen. Gemeinsam mit den erkrankten Menschen versuchen wir, die Erkrankung in ihrem individuellen, aber auch systemischen Kontext wahrzunehmen und zu begreifen.

Dies erfolgt im Rahmen von Einzel- und Gruppengesprächen (Patient/in), Angehörige, Pflegeteammitglied, Arzt), durch einen intensivierten Erfahrungsaustausch der Teammitglieder untereinander, regelmäßige (externe) Supervision und Erweiterung unserer psychosozialen Kompetenz (z.B. durch regelmäßige Teilnahme an internen und externen Weiterbildungsangeboten; Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung ”Psychotherapie”, Balintgruppenarbeit etc.) . Eine stationäre psychotherapeutische Begleitung kann bei uns (noch) nicht angeboten werden.

Besondere Beachtung finden dabei Menschen mit therapierefraktären (”chronischen”) Schmerzen, mit funktionellen bzw. somatoformen Störungen, aber auch Menschen mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen (palliative Onkologie: in Zusammenarbeit mit den örtlichen Hospizgruppen).

Ziele unseres integrativen Ansatzes sind unter anderem:

- unnötige somatische Diagnostik (z.B. Wiederholungsuntersuchungen) zu vermeiden,
- das häufige ”doctor-shopping” abzukürzen;
- eventuell frühzeitig eine ambulante oder stationäre psychotherapeutische Behandlung zu vermitteln
- den betroffenen Menschen eine neue Sichtweise ihrer Symptome und Beschwerden zu ermöglichen bzw. anzubieten, ohne sie ihnen jedoch aufzudrängen; dabei respektieren, wenn die Patienten zum Zeitpunkt des stationären Aufenthaltes bei uns eine solche Sichtweise (noch) nicht wahrnehmen können.”

(Kontaktadresse: Dr. Frank Storch, Ettenheimer Str.10, 79108 Freiburg)

Freiburg: An der Universitätskinderklinik Freiburg hat Manfred Sauer zusammen mit der Psychologin Sabine Emmerich eine Integrierte Neuropsychotrauma-Therapie für Kinder nach Schädel-Hirn-Trauma entwickelt, die mit großem Erfolg seit 6 Jahren angewandt wird. Trotz der erfolgreichen Arbeit droht dem Modell jetzt das Ende, da für die Freiburger Klinikverwaltung diese Art von Rehabilitation nicht im Interesse der Forschung liege und die Mittel für die ambulante Versorgung von der Kinderklinik nicht bereitgestellt werden können. Näheres ist dem abgedruckten Artikel aus der Badischen Zeitung auf Seite 12 zu entnehmen. (Kontaktadresse: Prof. Dr.med. Manfred Sauer, Integrierte Rehabilitation schädelhirnverletzter Kinder und Jugendlicher e.V., Goethestr.16, 79100 Freiburg, Tel. 0761/707 27 55)

* * * * *

Info-Börse

Kurzmitteilungen aus den Regionalgruppen, Veröffentlichungen, Stellenangebote in integrierten Einrichtungen für PJ-Studenten, AiP’s, Assistenzärzte, Psychologen, Pflegekräfte u.a., Veranstaltungshinweise, Kontaktadressen, Projekte.

Köln: Arzt/Ärztin für sehr schöne, kleine und vorinstallierte Praxisräume (42 qm) und Interesse an Partnerschaft mit benachbarter Zahnarztpraxis für ressourcenorientierte Integrierte Therapie, vorwiegend im Erstattungsverfahren, gesucht. Ideal für Praktiker, Allgemeinmediziner. Für Voranfragen: Herr Dr. Schmidt, Tel. 0221 / 44 44 90

* * * * *

Wichtige Termine 1999 - Veranstaltungen der AIM

Vorstandstreffen am 29.01.99 in Freiburg

Lehrkörpertreffen: Sommer1999 in Heidelberg (Termin steht noch nicht fest)

*6.Arbeitstagung der Akademie für Integrierte Medizin und Mitgliederversammlung:
Anfang Oktober1999 (voraussichtlich 8./9.10.99) in Arolsen*