



## Editorial

- Tausende von Ärzten gehen in Berlin auf die Straße und demonstrieren, Klinikärzte und Niedergelassene.
- Die hessische Landesregierung verkauft die fusionierten Universitätskliniken Giessen und Marburg an einen privaten Träger.
- In einer bundesweiten Urabstimmung stimmen über 90 Prozent der angestellten Ärzte für Streik.
- Der stellvertretende Universitätspräsident von Frankfurt kommentiert die bevorstehende Schließung der Abteilung für Sexualwissenschaft mit dem Hinweis, es gäbe ja noch die Chance des Sponsorings, und die dort bislang doch so gut aufgehobenen Patienten könnten das Sponsoring doch gleich selbst übernehmen.
- Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen haben für chronisch kranke Patienten inzwischen ein nie gekanntes Ausmaß angenommen.
- Psychosomatische Abteilungen und Kliniken an Universitätskliniken werden geschlossen, wenn der Lehrstuhlinhaber in Ruhestand geht.
- Niedergelassene Ärzte schließen ihre Praxis an sogenannten Protesttagen.
- Wer sich als Patient nicht in die DMP-Programme fügt, muß inzwischen mit erheblichen Nachteilen rechnen.
- Riesige Krebsvorsorge-Programme halten Pharma- und Apparateindustrie gesund.
- Ärzte verbringen inzwischen mehr als ein Drittel ihrer Arbeitszeit am Schreibtisch, um Formulare für Institutionen, Krankenkassen und Behörden auszufüllen .....

Unter dem verlogenen Deckmantel einer allgemeinen ökonomischen Krise wird das allgemeine und ökonomische Risiko von Krankheit immer mehr zu einem individuellen Problem, das Solidarsystem ist zu einem Steinbruch geworden. Fehlentwicklungen werden zum Anlaß genommen, das Kind mit dem Bade auszuschütten. Und im großen Chor der Gesundheitsreformer ist nirgends, aber auch nirgends medizinischer Sachverstand und soziale Zielorientierung zu entdecken.

In dieser Situation versuchen wir, uns weiterhin mit dem Paradigma der Medizin auseinanderzusetzen? Tatsächlich: Auf unserer nächsten Modellwerkstatt am 12. und 13. Mai in Bad Mergentheim beschäftigen wir uns mit ‚Mikroszenen‘! Das liegt aber nicht daran, daß die ‚Makroszene‘ täglich unerträglicher wird, sondern wir bleiben dabei, daß die zunehmende Zerstörung unseres Gesundheitswesens auch etwas mit dem die Schulmedizin weiterhin beherrschenden Paradigma der trivialen Maschine zu tun hat.

Und: Wir wollen uns in diesem Jahr auch intensiv mit der ‚Makroszene‘ auseinandersetzen und haben unsere Jahrestagung vom 2. bis 4. November in Ludwigsburg unter das Thema „Wo fehlt’s uns denn, Doktor?“ gestellt. Neben Referenten aus der AIM (Onkologe, Allgemeinärztin, Chirurg) haben wir mit Werner Kümmel (Mainz), Klaus Ratheiser (Wien) und Annina und Christian Hess (Affoltern/Schweiz) Referenten eingeladen, die den täglichen Wahnsinn des ärztlichen Alltags nicht nur beklagen, sondern alte und neue Wege aufzeigen können, der Humanmedizin den Platz zu geben, den sie für Kranke und Heiler haben muß, um ihre salutogenetische Aufgabe zu erfüllen. Wir sehen in der Integrierten Medizin auch eine Antwort auf die sogenannte "Krise" des Gesundheitswesens, indem wir die Humanmedizin als eine Medizin in sozialer Verantwortung begreifen.

In diesem Sinne laden wir Sie herzlich ein, der akademieinternen, paradigmatischen Modellwerkstatt und der öffentlichen, politischen Jahrestagung den Platz in Ihrem Terminkalender zu geben, den Ihre und unsere Salutogenese verlangt: Melden Sie sich an, nehmen Sie teil und bringen Sie Ihre Frustration **und** Ihre Utopie Ihres ärztlichen Alltags dorthin mit. Dann werden wir etwas daraus machen können, was uns alle weiterbringt!

Bernd Hontschik

**Modellwerkstatt der  
Akademie für Integrierte Medizin  
in Bad Mergentheim  
12. - 13. Mai 2006**

**Unser Thema: Mikroszenen**

Die Arbeit mit Mikroszenen ermöglicht einen unmittelbaren Kontakt mit den Mustern von Erkrankung und Heilung in der Gegenwart. Diese Muster enthalten Körperliches, emotional Gefühltes, Gedachtes, Interaktionelles, so dass wir interdisziplinär unsere Perspektiven austauschen können. In zwei der drei Veranstaltungen wird an den Mikroszenen auch mit Hilfe von Videoaufnahmen gearbeitet. Wir können dann versuchen, das von den Arbeitsgruppen vorgestellte Material mit dem Integrierten Modell zu erfassen.

***Programm***

**Freitag**

- 15.00 Uhr Zum Begriff der Mikroszene  
***Reinhard Plassmann***
- 15.45 Uhr Bindung und Bindungsstörungen. Mikroszenenanalyse von Mutter-Kind-Therapien anhand von Filmmitschnitten: - emotionale Muster, Bewegungsmuster und Sprachmuster  
***Marion Seidel et al. Bad Mergentheim***
- 17.15 Uhr - 17.45 Uhr Kaffeepause
- 17.45 Uhr - 19.00 Uhr offene Diskussion
- 20.00 Uhr Abendessen im Restaurant La Stazione Da Enzo,  
Frank-Wilhelm-Str. 12 in Bad Mergentheim-Edelfingen,  
Tel. 07931/563733

**Samstag**

- 9.00 Uhr - 10.30 Uhr Körperbild, Körperzeichen und Symbolisierung bei chronischem Schmerz. Gibt es Korrelationen zwischen Bewegungs- und Gestikanalyse einerseits sowie plastizierten Körperskulpturen und sprachlichen Äußerungen im Körperbild - interview andererseits? Fallbeispiel(e) mit Videoausschnitten und Mikroszenen aus körperbezogener Therapie.  
***Angela v. Arnim et al.***
- 11.00 Uhr - 11.15 Uhr Kaffeepause
- 11.15 Uhr - 12.45 Uhr Kurzszenen in Serie – Alltag in der Hausarztpraxis  
***Philipp Herzog, Gisela Volck et al.***
- 12.45 Uhr - 13.00 Uhr Schlußplenum, Fazit, weitere Pläne

Für alle Fragen rufen Sie einfach das Tagungssekretariat an: Frau Elena Ditz, Tel. 07931/5316-302),  
oder schicken Sie eine E-Mail an [plassmann@ptz.de](mailto:plassmann@ptz.de)

**13. Jahrestagung der  
Akademie für Integrierte Medizin  
in Ludwigsburg  
2. - 4. November 2006**

Dank des Engagements und Organisationstalents von Gernot Rüter kann unsere diesjährige Jahrestagung im Kulturzentrum Ludwigsburgs, im Herzen der Stadt, ein paar Schritte vom berühmten barocken Marktplatz entfernt, stattfinden. Unter dem Titel

**„Wo fehlt's uns denn, Doktor?“**

soll die zunehmende Unzufriedenheit, das gestörte Befinden der Heiler in Klinik, Praxis und Gesundheitswesen im Mittelpunkt der Vorträge und Arbeitsgruppen stehen.

Aus verschiedensten Perspektiven wird der Themenkreis betrachtet.

Referenten, Arbeitsgruppenleiter und hoffentlich auch Teilnehmer aus allen Bereichen werden mitwirken.

An Vorträgen ist bisher folgendes geplant:

- ein geschichtlicher Überblick über die Gesellschaft und ihre Heiler  
(W. F. Kümmel, Mainz)
- Beschäftigung mit der Arbeitssituation und –dichte auf einer Intensivstation der Universitätsklinik Wien und der Befindlichkeit der Ärzte (K. Ratheiser, Wien)
- Die Sozialisation zum Arzt und die Integrierte Chirurgie (B. Hontschik, Frankfurt)
- Ein Alltag in der Basisversorgung, verschiedenste Perspektiven,  
ist das Integrierte Medizin? (G. Volck, Frankfurt)
- Onkologie, Integrierte Medizin im Alltag der Praxis (H. Kappauf, Starnberg)
- Utopie und neue Praxis im Alltag eines Akutkrankenhauses  
(C. Hess und A. Hess-Cabalzar, Affoltern)

**Arbeitsgruppen** sollen zu den Vorträgen eingerichtet werden sowie zu  
,Forschung in der Allgemeinmedizin' im Kontext der AIM (Diabetes, Rückenschmerzen ... );  
,Coaching für Ärzte' - Aus der Erfahrung der Arbeit mit Ärzten als Supervisor, Dozent und Forscher;  
,Erfahrungen mit dem ‚Basler Modell' der Reflektierten Kasuistik';  
,Onkologie in der Praxis und Integrierte Medizin';  
,Körper-Zeichen';  
,Integrierte Medizin für Anfänger (Neulinge)' - **weitere Vorschläge willkommen!**

<p><b>Am Donnerstag, den 2. November 2006, wird, wie immer, das <u>Forschungsforum</u> der AIM stattfinden, diesmal eine Analyse anhand eines Videomitschnittes.</b></p>
--

**Berichte von der AIM-Modellwerkstatt in Hannover  
am 11.- 12. November 2005  
Thema: reflektierte Kasuistik**

Nach der Einführung von Werner Geigges „Geschichte und aktueller Stand der reflektierten Kasuistik als lernendes Modell“ stellte Bernd Hontschik mit Gisela Volck die **erste Kasuistik** der Modellwerkstatt vor, eine Fallgeschichte aus der chirurgischen Praxis: die Geschichte eines Patienten und einer Krankheit, die Geschichte der Arzt-Patient-Beziehung und der Arzt-Regionalgruppen-Beziehung.

Aufsehen hatte der Fall in Arztpraxis und Regionalgruppe verursacht, da spät erhobene somatische Befunde die zuvor im Mittelpunkt der Interpretationen stehenden psychodynamischen Aspekte in Frage stellten oder als ein sträfliches Psychologisieren erscheinen ließen.

Die Frage nach der Überbewertung des kommunikativen Realitätsprinzip gegenüber dem pragmatischen, oder der Eindruck der Vernachlässigung des Aspektes der trivialen Maschine, der Uhrmacherarbeit, gegenüber dem geschlossenen System stand im Vordergrund der Diskussion. In der Fallgeschichte wurde ein vom Patienten

mit Nachdruck genanntes Symptom zwar beachtet, aber nicht auf der gewünschten Ebene interpretiert: verschiedene Interpretanten bei Arzt und Patient, demzufolge keine Passung!

Dazu B. Hontschik: „ es bestand in der ersten Konsultation keine gemeinsame Augenhöhe; ich hatte es mit einem Schwerkranken zu tun, dem ich auch mit meiner richtungsweisenden Autorität begegnen mußte“. In der Diskussion blieb es offen, was diese Feststellung und Haltung für die Passungsprobleme bedeutete, ob sie richtungsweisend war für die vorübergehende Nicht-Passung?

**Zweite Kasuistik:**

Das folgende Patienteninterview von Wolfgang Kämmerer wurde von ihm durch eine Darlegung seiner Gedanken zu dem Komplex „Verstehen“ vorbereitet,

**dazu das Protokoll von Ph. Herzog 12.11.2005:**

Wolfgang Kämmerer leitete ein mit einem Rekurs auf Philosophen wie H.G. Gadamer („Sein, das verstanden werden kann, ist Sprache“) und K. Jaspers („Die 9 Arten von Verstehen“) sowie mit dem ethymologischen Zugang zum Begriff „Verstehen“ als „das Gegenteil von „Stehen“ = seinen Standpunkt wechseln = Ver-rückt sein auf den Standpunkt eines Anderen“, kondensiert in die These: „Verstehen hat keine Methode“. Es folgte eine Patientenvorstellung, in der Wolfgang Kämmerer vor dem Auditorium live ein Erstgespräch mit einer ihm vorher so gut wie nicht bekannten 35-jährigen Patientin führte, deren Hauptsymptom in einer seit dem 12.Lebensjahr bestehenden Übelkeit bestand.

(Es wird im Folgenden versucht, den Ablauf des Gesprächs zu skizzieren. Dabei entstehende Verkürzungen sind unvermeidlich.)

Der Ablauf des Gesprächs könnte im Nachhinein in 9 Phasen eingeteilt werden, Zitate aus dem Gespräch zur Verdeutlichung:

1. Phase: Anwärmen, Klärung des für Patientin und Arzt ungewohnten „settings“ vor großem Publikum, Erwartungen der Patientin („verstanden fühlen wäre gut“).
2. Phase: Sprechen über das Symptom „Übelkeit“ mit Angst, sich übergeben zu müssen, Intensität 7 auf einer Skala von 1 (gering) bis 10 (un-

- erträglich). Wunsch der Patientin: „es soll weg sein“.
3. Phase: Sprechen über die Körpersprache der Patientin: zunächst die Veränderung der Atmung, dann die Verschränkung der Arme vor Brust und Bauch. Patientin: „Das gibt mir Halt, das ist wie ein Verband“, W.K.: „Einen Verband macht man, wenn eine Verletzung da ist, gibt es die?“ P.: „Ja - viele kleine Verletzungen“.
  4. Phase: Symbolisierung in einem Bild: Pat.: „Das ist, als wäre da eine schwarze harte kantige und spitz auslaufende Kugel in meinem Bauch.“ Das Gespräch geht jetzt in eine Art „Phantasiereise“ mit diesem Bild über. W.K.: „Die ist schon länger da, diese Kugel?“ P.: „Ja seit meinem 12.Lebensjahr.“ Das in diesem Moment auftretende Aufstoßen der P. wird angesprochen. Danach: Pat.: „Seit ca. 1998 ist die Kugel erwachsen“
  5. Phase: Sprechen darüber, ob die Pat. das Gefühl hat der Arzt verstehe das: „Nein, nicht so richtig“. Thema ist, wie wichtig es für die Patientin ist, dass sie verstanden wird und ihre Angst, als verrückt angesehen zu werden.
  6. Phase: Der anfangs erwähnte biografische Einschnitt im 12. und 29. Lebensjahr wird aufgegriffen, die Patientin zieht es vor auf der symbolischen Ebene, in ihrem Bild zu bleiben. Die Patientin hat so noch nie darüber gesprochen, aber in der Kunsttherapie ein Bild gemalt.
  7. Phase: Über die Symbolsprache des Bildes und die von W.K. immer wieder aufgenommene Körperebene kommen die Beziehung zum Ehemann, unerfüllter Kinderwunsch, ihre Ambivalenz, Angst vor Beziehungsverlust und Wiederholung familiären Unheils ( Angst, ein behindertes Kind zu haben) zur Sprache.
  8. Phase: Formulieren eines Fokus: W.K.: „Meine Übelkeit zeigt mir...“ - Patientin (sofort): „... dass ich meine Wünsche und Bedürfnisse früher aussprechen muß...“ - W.K.: „... bis ich weiß...“ - Patientin. „mmp“ - W.K.: „... die Kugel meldet sich, sie spricht?“ - Patientin leicht belustigt: „ich weiß nicht...“.
  9. Phase: Abschluß: Als W.K. erneut das Thema „Kinderwunsch“ aufgreift, öffnet die Patientin die Arme, die sie die ganze Zeit vor dem Bauch verschränkt gehalten hatte - als W.K. das anspricht lachen beide. Patientin „mich kriegen Sie nicht so einfach“ - W.K.: „was fehlt, dass wir vom Richtigen reden?“ Pat.: „Weiß nicht.“ - „Wen gibt es der versteht? Der Ehemann?“ - Patientin: „Eher noch der Bruder, obwohl der Mathematiker ist.“ - W.K.: „vielleicht weil er sie mag? Mögen Sie ihn?“ - Pat.: „Nicht alles an ihm, aber manches,“ - W.K.: „wie ist das jetzt mit der Übelkeit?“ - Pat.: „vielleicht ein ganz klein bißchen besser“

Diskussion in der Gruppe: eine Vielzahl von intensiven, sehr unterschiedlichen emotionalen und körperlichen Empfindungen. Stellungnahmen aus dem Auditorium u.a.: „Beeindruckend, wie immer wieder während des gesamten Gesprächs die Körperebene im Gespräch Raum fand.“ - „Sprachlich Verstehen geht nicht“ - „Gespräch war eine stetiges Annähern und Entfernen in einer schützenden Weise“ - „Wechsel von Körperspiegelung und Sprache“ - „Verzicht auf Einordnung in die diagnostische Landkarte“ - „Fasziniert von der Innenwelt der Patientin; Scheu, das zu verlassen, was die 12jährige schon gewußt hat“ - W.K. selbst: „Habe mich die ganze Zeit hohl gefühlt, war ständig damit beschäftigt, mich in die Körperhaltungen der Pat. zu begeben.“

Die **dritte Kasuistik**, von Anna Staufenbiel-Wandschneider vorbereitet, wurde anschließend unter der Moderation von Wolf Langewitz nach dem „Basler Modell“ aufgearbeitet, **Fortsetzung des Protokolls vom 12.11.2005 von Ph. Herzog:**

Anna Staufenbiel-Wandschneider berichtet über eine junge Patientin, die an einer chronisch verlaufenden hämatologischen Erkrankung leidet und die sich seit einigen Jahren in ihrer psychotherapeutischen Behandlung befindet. Zum Vortrag gibt es ein schriftliches mehrseitiges Protokoll über Inhalte und Verlauf der Therapie, das auch Berichte der mitbehandelnden Hausärztin Ingeborg Müller umfaßt, wie sie die Ärztin-Patientin-Beziehung erlebt. Dieses Material wird nun unter Leitung von Wolf Langewitz durch die Gruppe in der Weise aufgearbeitet, wie dies in der Basler Regionalgruppe seit längerem erprobt wird. Wolf Langewitz: „Reflektierte Kasuistik soll dazu dienen, sich aus unterschiedlichen Perspektiven auf eine Kasuistik zu bewegen.“

1. Schritt: „Was ist mir wichtig, was beeindruckt mich sinnlich – emotional an der vorgestellten Fallgeschichte?“
2. Schritt: „Warum ist mir das wichtig?“ (= Kennenlernen des Interpretanten)
3. Schritt: „Was würde ich gerne noch wissen?“ (=Kennenlernen der subjektiven Welten von Ärztin/ Arzt/ /Therapeut/in und Patient/in)
4. Schritt: „Wie würde ich die Kasuistik einordnen / interpretieren auf

dem Hintergrund meines theoretischen Modells?“

5. Schritt: „Was würde ich als nächsten Schritt mit der Patientin versuchen?“ (= Herstellen einer gemeinsamen subj. Wirklichkeit)
6. Schritt: „Was ist für die Referentin relevant aus all den gehörten Stellungnahmen der Gruppe?“ (Syntheseleitung immer durch den, der die Kasuistik vorgetragen hat)

Diskussion:

- Die bisher benutzten „Leitfragen der Reflektierten Kasuistik“, die in allen bisherigen Vorträgen von Werner Geigges zu diesem Thema referiert wurden, könnten in diesem Modell der 6 Schritte gut in Schritt 4 eingebracht werden. Die dargestellte Methode ist eine wichtige Erweiterung der Arbeit mit Reflektierten Kasuistiken.
- Die RK wird dadurch handhabbarer in der praktischen Anwendung.
- Die AIM hat auch die Aufgabe, die Methode vor allem an die praktisch tätigen weiter zu geben. Wie kann das bewerkstelligt werden? Wie ist der aktuelle Stand innerhalb der AIM und wie können wir das nach außen vermitteln?

\* \* \* \* \*

Eine kleine Randnotiz:

### **Radiokolleg „Sprachlose Medizin“ Österreichischer Rundfunk, ORF 1**

*„Etwa 200.000 Gespräche führt ein Arzt während seines Berufslebens. Dass Arzt und Patient miteinander sprechen, ist scheinbar das Selbstverständlichste der Welt. Trotzdem mehren sich die Klagen. Studien bestätigen: Patienten werden schon nach 18 Sekunden das erste Mal in ihrem Redefluß unterbrochen. Nur jeder fünfte Patient wird über Medikamentennebenwirkungen aufgeklärt; Ärzte vergewissern sich nur in fünf Prozent der Fälle, ob der Kranke die Therapie auch befolgen kann.*

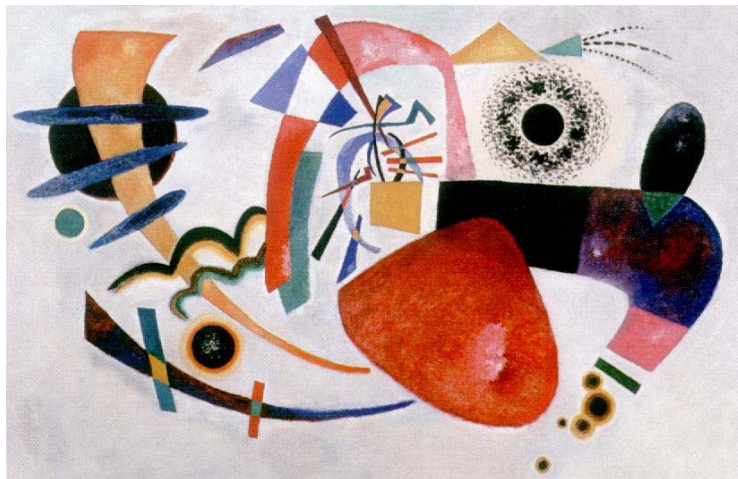
*Ein Radiokolleg über die Sprachlosigkeit zwischen behandelnden Ärzten und Ihren Patienten - Hintergründe, Folgen und Lösungsmöglichkeiten.“ (Text: ORF)*

**Mitwirkende aus der AIM: Walter Burger, Jana Jünger, Georg Titscher, außerdem Ulrich Schwantes, Charlotte Zacharias, Günther Lienemeyer, Maximilian Gottschlich, Isabelle Mühlinghaus u.a.**

*Die Audio-CD kann unter der Internetadresse <http://oe1.orf.at/programm/20060313090500.html> bestellt werden*

**12. AIM-Jahrestagung  
in Glottertal vom 2.-4. Juni 2005  
„Thure von Uexküll-Symposium“**

Die Tagung, insbesondere die Hauptvorträge, sind mit Videos, Fotos und Textdateien dokumentiert und auf einer CD veröffentlicht. So stehen der AIM und Interessierten die Texte der Vorträge, Protokolle der Arbeitsgruppen, sowie auch Videos mit der unmittelbaren Konfrontation der Vortragssituation und den Absichten der Referenten zur Verfügung.



2 Folien aus dem Vortrag von Walter Burger und Wolf Langewitz,  
die zum Nachdenken über Zeichen veranlassen können:

Es handelt sich zum einen um ein Bild von Kandinsky: „Roter Fleck II“ aus dem Jahr 1921,  
das in der Städtischen Galerie Lenbachhaus in München ausgestellt wird,

zum zweiten um die von dem Schweizer Künstler Ursus Wehrli „aufgeräumte“ Version.

(Copyright © Ursus Wehrli, *erschienen in*: Ursus Wehrli, Kunst aufräumen, Copyright © 2002 KEIN & ABER AG, Zürich)


Diese und weitere Aufräumungen sind zu finden in:

Ursus Wehrli: Kunst aufräumen. Verlag Kein&Aber, Königstein i.Ts., 2004



## AKADEMIE FÜR INTEGRIERTE MEDIZIN

### AIM-Mediathek

Hiermit bestelle ich:	Exemplare
 <p>CD der 12. Jahrestagung der AIM in Glottertal vom 2. bis 4. Juni <b>2005</b>: <b>„THURE VON UEXKÜLL - SYMPOSIUM“</b> Preis: 25 €, AIM-Mitglieder 20 €</p>	<p>..... €</p>
 <p>CD der 11. Jahrestagung der AIM in Hamburg vom 11. bis 13. November <b>2004</b>: <b>“DIE UNENDLICHE KRANKENGESCHICHTE – Der Arzt, sein Patient und die Zeit“.</b> Preis: 25 €, AIM-Mitglieder 20 €</p>	<p>..... €</p>
 <p>CD der 10. Jahrestagung der AIM in Glottertal vom 6. bis 8. November <b>2003</b>: <b>“KÖRPER SEIN UND KÖRPER HABEN – Medizin: Hilfe und Trauma“.</b> Preis: 25 €, AIM-Mitglieder 20 €</p>	<p>..... €</p>
 <p>CD der 9. Jahrestagung der AIM in Frankfurt am Main vom 8. bis 9. November <b>2002</b>: <b>“NARRATIVE BASED MEDICINE – Geschichte(n) hören – den Patienten verstehen“.</b> Preis: 20 €, AIM-Mitglieder 15 €</p>	<p>..... €</p>
 <p><b>Bernard Lown</b>, Ehrenmitglied der AIM, war Ehrengast der Podiumsveranstaltung 'Die verlorene Kunst des Heilens' am 6. Mai 2004 in Frankfurt am Main. Die Aufnahme umfaßt ca. 90 Minuten als DVD. Preis: 20 €(DVD)</p>	<p>..... €</p>
 <p>Interview des US-amerikanischen Senders National Public Radio <b>NPR</b> mit <b>Bernard Lown</b>, in dem er aus seinem Leben und Wirken als Arzt richtungweisende Ereignisse und Patienten- ‚Narrative‘ erzählt. Preis: 5 €</p>	<p>..... €</p>
 <p><b>Die Kleine Bibliothek der AIM</b> Basistexte. Kurzbeschreibungen der Schriftenreihe. AIM-Telegramm. Preis: 45 €, AIM-Mitglieder 30 €</p>	<p>..... €</p>
<p>Gesamtsumme (plus Porto und Verpackung: 4 €:</p>	<p>..... €</p>

.....  
Name, Vorname, Anschrift, Email (bitte an das AIM-Sekretariat senden - siehe Kontaktadressen)

## Protokoll der AIM-Mitgliederversammlung am 3.6.05 in Glottertal

Herr Geigges eröffnet die Mitgliederversammlung, nennt die Tagesordnungspunkte sowie die (neu beschlossenen) Aufgabenbereiche der Vorstandsmitglieder.

Herr Schmeling-Kludas berichtet zum Stichpunkt Finanzen über eine aufgrund der eingegangenen Mitgliedsbeiträge stabile Kassenlage. Notwendig sei aber eine Kürzung der Bewirtung während der Tagungen, da diese den größten Posten innerhalb der Ausgaben ausmachen.

Herr Geigges nennt die **Ehrenmitglieder** der AIM (siehe AIM-Telegramm). Die berufenen Ehrenmitglieder hätten sehr positiv reagiert.

Er berichtet, dass eine Stellungnahme zur **IGeL-Medizin** an zahlreiche Verbände und Ärztekammern versandt worden sei. Insgesamt könne man eine bessere Wahrnehmung und eine differenziertere Diskussion über dieses Thema z.B. im deutschen Ärzteblatt beobachten.

Er wünscht sich hinsichtlich dieses Themas eine kritische Auseinandersetzung im AIM-Telegramm.

Er nennt die neuen Herausgeber des **AIM-Telegramms** (Volck, Hontschik) und bedankt sich für deren Arbeit.

Als nächstes wird die Absicht des Vorstandes, den Namen „Akademie für Integrierte Medizin“ in „Thure von **Uexküll-Akademie** für Integrierte Medizin“ umzuwandeln, genannt und diskutiert.

Folgende Wortmeldungen:

- Name zu lang, besser AIM / Uexküll-Akademie (Panradl)
- wichtig im neuen Namen sei der Begriff Uexküll-Akademie (Hontschik)
- Kritik am Vorschlag, fehlender persönlicher Bezug/ Heldenverehrung? (Harms)

- pro Vorschlag: Name kann gut für eine Idee stehen, siehe Balintgruppe (Staufenbiel-Wandschneider)
- Begriff Integration nach außen wegen des vielfältigen Gebrauchs im Sinn der AIM kaum noch zu vertreten (Leininger; Steger), neuer Name zu lang (Leininger)
- Begriff „integriert“ beibehalten, möglicherweise gibt es in einigen Jahren keine Integrierte Versorgung mehr (Kalvelage)
- Was würde Herr v.Uexküll dazu sagen? (Gerlach)

Abschließend schlägt Herr Geigges vor, den Vorschlag weiterzudiskutieren, was allgemeine Zustimmung findet.

Herr Schmeling-Kludas erwähnt Pläne bezüglich einer **Stiftungsinitiative** Bad Segeberg. Die ursprüngliche Idee einer Anschubfinanzierung für ein Forschungsprogramm, welches sich dann selbst tragen müsse, sei jedoch mangels fehlender eigener Ressourcen fallen gelassen worden. Es besteht weiterhin die Idee eines Instituts für Integrierte Medizin mit dem Ziel, in der Ausbildung von medizinischen Personal mitzuwirken, z.B. um einem „Burn out“ in der beruflichen Tätigkeit entgegenzuwirken.

Herr Geigges schlägt für die inhaltliche Gestaltung der **Modellwerkstatt Hannover (11.-12. November 2005)** die Themen Reflektierte Kasuistik (wie ist der aktuelle Stand), Konstruktivismus als Behandlungsoption sowie ein Videobeispiel vor. Er fragt nach weiteren Vorschlägen. Herr Rüter schlägt als Thema Integrierte Medizin in der Praxis / in Langzeitperspektive vor.

Herr Schirmer plädiert für eine stärkere Betonung der Brücke von Theorie und Praxis, z.B. als Übersetzungsworkshop. Herr Geigges entgegnet, dass genau das Anliegen der Reflektierten Kasuistik sei.

Frau Volck schlägt vor, anhand von Fällen aus der Praxis die verschiedenen Perspektiven zu buchstabieren. Herr Schmeling-Kludas berichtet, daß es in Regionalgruppen Unzufriedenheit mit der Art der Durchführung der Reflektierten Kasuistik gebe. Herr Reimer merkt an, dass zwischen dem Meta-theoretischen Konzept der Reflektierten Kasuistik und der Klinik keine 1 : 1-Übersetzung möglich sei. Herr Rüter schlägt vor, eine kurze Sequenz einer Arzt-Patienten-Beziehung zu betrachten, in der eine starke emotionale Reaktion des Arztes stattfand. Herr Schmeling-Kludas merkt an, das die Planung durch den Vorstand und die Regionalgruppe geschieht, jedoch könne Material z.B. aus der Hausarztpraxis als Vorschlag an den Vorstand gesandt werden. Herr Hontschik wendet ein, das die Praxisorientierung realisiert sei, man müsse über die Reflektierte Kasuistik an der Theorie weiterarbeiten. Herr Geigges fordert alle Interessenten auf, mit konkretem Material an den Vorstand heranzutreten. Herr Kämmerer sagt, daß die Gestaltung der Modellwerkstatt durch den Vorstand erfolgt und die Hannoveraner nur als Gastgeber fungieren. Herr Schmeling-Kludas widerspricht dem. Herr Kämmerer erwähnt als Schwerpunkte der Arbeit in Hannover, die auch die Modellwerkstatt prägen können, die narrativ-basierte Medizin (Konitzer-Habilitation) und die Körpersymptomdeutung (Kämmerer).

Zum Tagesordnungspunkt **“Berichte aus den Regionalgruppen“** gibt Herr Hontschik den Tipp, die Regionalgruppen als Qualitätszirkel anzumelden. Man könne dafür Fortbildungs-Punkte und eine (regional unterschiedliche) Mediatoren-Vergütung von der KV bekommen.

Zur **Zusammenarbeit mit dem DKPM** erwähnt Herr Geigges die gute Beziehung zum Vorstand, insbesondere das Interesse von Herrn Joraschky, die Fallarbeit wieder in die Tagungen des DKPM einzuführen. Es gibt von Seiten des DKPM auch immer noch die Idee einer Fusion mit der AIM.

Zum Tagungsordnungspunkt **Verschiedenes** richtet Herr Panradl die Frage an die Mitglieder, ob die AIM auch im Bereich der Integrierten Versorgung - konkret im Bereich der Onkologie - durch Konzepte und einen Beitrag zu den Abrechnungsmodalitäten präsent sein will. Dem wird von Herrn Konitzer mit dem Hinweis widersprochen, daß das innerhalb der AIM bisher nicht üblich war, und die Mitglieder aus den Arztpraxen eine solche Diskussion um Ziffern etc. bisher strikt vermieden hätten.

Herr Geigges merkt zur Integrierten Versorgung an, das es sich hier bisher um additive Konzepte handelt. Es besteht kein Metakzept, auf dessen Basis eine Integration im Sinn der AIM erfolgt.

Herr Leiß fragt, ob es Bemühungen um eine Kooperation mit anderen Fachgesellschaften, z.B. mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin gebe. Herr Hontschik antwortet, das solche Bemühungen bei den Chirurgen vollkommen gescheitert seien und ein Interesse von Seiten der DGIM sehr unwahrscheinlich sei, aber die Aktivität einzelner Mitglieder in dieser Richtung würden unterstützt.

Herr Geigges dankt den versammelten Mitgliedern für die Diskussion und beendet die Versammlung.

Protokoll: Thomas Steger

\* \* \* \* \*

Noch eine kleine Randnotiz:

**Homepage der AIM:  
www.int-med.de**

*Die Homepage der AIM ist im März 2006 einmal wieder komplett überarbeitet worden und hat ein neues Aussehen. Unabhängig davon wird sie ständig aktualisiert, insbesondere im Bereich der Termine, aber auch der Veröffentlichungen (Schriftenreihe, Telegramm usw.). Wir würden uns freuen, wenn Sie diese Homepage gelegentlich besuchen, hie und da auch ins Gästebuch schauen oder etwas eintragen, und vor allem: Werbung für die Homepage machen, z.B. indem Sie Links auf Ihrer eigenen Website veranlassen (sofern vorhanden).*

## Ehrenmitglieder der AIM

<b>Rolf Adler</b>	Bern
<b>Dieter Bergemann</b>	Stuttgart
<b>Josef Escher</b>	Naters
<b>Peter Hahn</b>	Heidelberg
<b>Karl Köhle</b>	Köln
<b>Bernard Lown</b>	Boston
<b>Dietrich Niethammer</b>	Tübingen
<b>Daniel Vasella</b>	Basel
<b>Wolfgang Wesiack</b>	Innsbruck

### **Zur Psychosomatik- Debatte: ein Beitrag von Prof. Gerald Ulrich, Berlin**

#### **„Psychosomatische Medizin“?**

Die Redaktion des AIM-Telegramms, Nr. 12 vom Mai 2005 bittet ihre Leser um Erklärungsansätze für eine jüngst beobachtete, vielfach bezeugte, absolut unverständlich erscheinende und wohl unter „Psychologie der Massen“ zu rubrizierende Beobachtung, nämlich die Reaktion des Auditoriums auf den Vortrag von Bernd Hontschik bei der Jahrestagung des DKPM am 19. 3. 2005 in Dresden.

Der Schreiber dieser Zeilen hofft inständig, dass möglichst viele Leser des AIM-Telegramms die enorme hierin offenbar werdende medizinteoretische wie auch gesundheitspolitische Brisanz erkennen mögen und dem Aufruf engagiert Folge leisten.

Wie perplex mußte das, von dem brillanten sokratischen Monolog des Chirurgen Hontschik intellektuell überrollte Auditori-

um wohl gewesen sein, dass es dem Redner für seine, aus DKPM-Funktionärsicht vernichtende abschließende Feststellung:

**„Mit der institutionalisierten Psychosomatik wird sowohl der Mensch Patient als auch der Mensch Arzt aus der Schulmedizin insoweit erfolgreich ausgeschlossen, als er stört“,**

lang anhaltenden Beifall spendete, anstatt ihn als Agent provocateur zu Saale hinauszujagen.

Als es Thure v. Uexküll nach langen Kämpfen im Jahre 1971 endlich gelungen war, dem psychogenetischen Aspekt in der Medizin durch universitäre Institutionalisierung Anerkennung zu verschaffen, bedurfte das durch diesen Akt noch keineswegs akzeptierte neue Medizinverständnis einen Schutz gewährenden Namen. Dieser musste so gewählt sein, dass sich

6 out of 7 doctors agree: someone of your age should exercise regularly, get plenty of sleep, cut fat, salt and sugar from your diet, and never smoke or drink

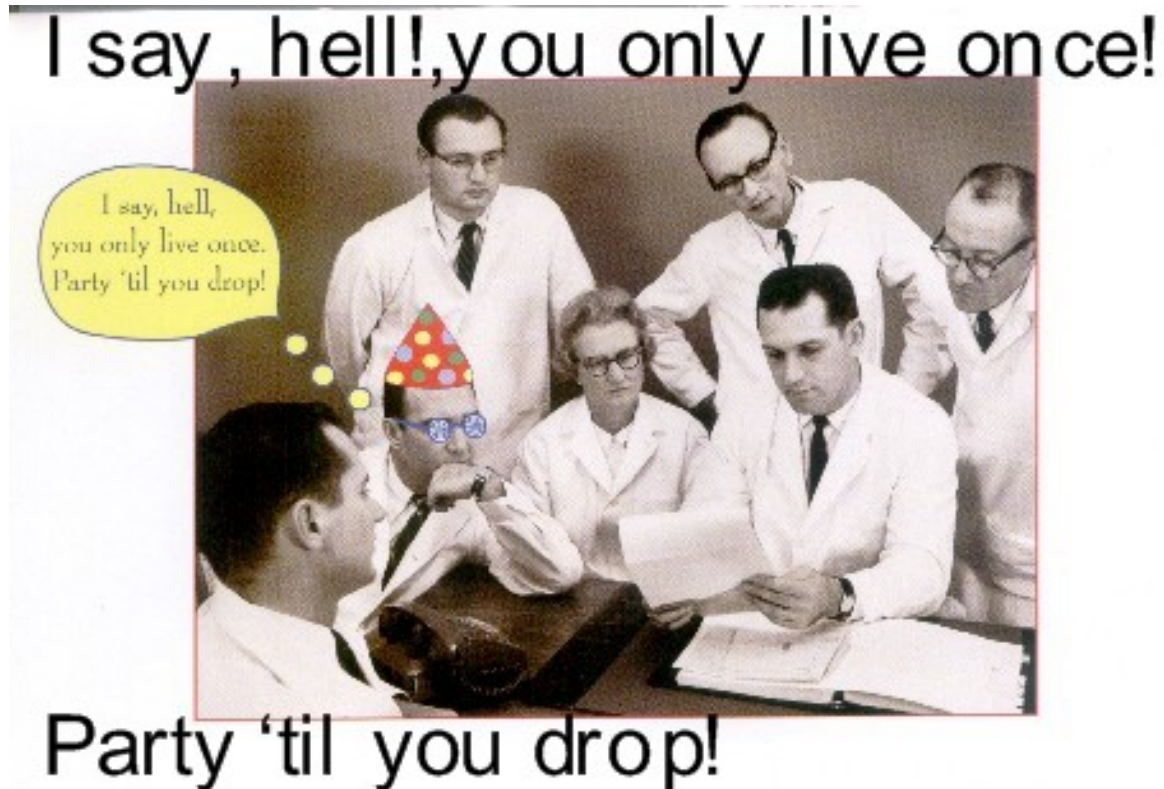


die weiterhin rein somatologisch orientierten universitären Klinik- und Abteilungsleiter nicht von Grund auf in Frage gestellt fühlen mussten.

*„Damals bedeutete dies einen Durchbruch in dem gegen einen bornierten somatologischen Monoperspektivismus geführten Ringen um Anerkennung der seelischen Perspektive. Aus heutiger Sicht könnte dieser Durchbruch allerdings eher als ein Rückschritt erscheinen. Anstatt zu einer Überwindung des Leib-Seele Dualismus, führte die Psychosomatik zu einer Verfestigung desselben. Vertreter des Faches Psychosomatische Medizin fühlen sich keineswegs dem biologischen Biperspektivismus verpflichtet. Sie sind, wie Bock (1993) zu Recht feststellte, de facto Psychotherapeuten. Dies eröffnet den somatologischen Monoperspektivisten die Möglichkeit, das eigene Fach unverhüllter als vordem rein somatologisch zu orientieren. Die seelische bzw. psychosoziale Perspektive hatte ja nunmehr ihren eigenen Kompetenzbereich gefunden, und Kompetenzgrenzen galt es in der Medizin seit alter her zu respektieren! Der Dualismus wird auch nicht überwunden, sondern vielmehr zementiert, wenn immer mehr Patienten von internistischen, orthopädischen und gynäkologischen Stationen auf entsprechenden Stationen mit Zusatzetikett verlagert werden (4).“*

Wer wollte heute ernstlich bestreiten, dass die Vision Thure v. Uexkülls von einer theoretischen Aufhebung und praktischen Überwindung der dem Patientenwohl abträglichen antithetischen Entgegensetzung von Somatologie und Psychologie durch die (universitäre) Institutionalisierung einer „Psychosomatischen Medizin“ weder erreicht wurde noch auf diesem Weg erreichbar sein wird (3). Dies hat auch Thure v. Uexküll (2) so gesehen, als er 1994 bei der konstituierenden Sitzung der AIM in Berlin die einzig mögliche Entwicklungsperspektive seiner Vision darin sah, alle medizinischen Fächer soweit zu „psychosomatisieren“ dass eine Institutionalisierung als Fach neben Fächern überflüssig würde.

Unabhängig von dieser rückblickenden Bilanzierung, bleibt die grundsätzliche Schwierigkeit, einen sich als unzweckmäßig, ja, irreführend erwiesen habenden Begriff durch einen besseren, richtigeren zu ersetzen. Aus einer immer nur additiv zu verstehenden Aneinanderreihung von Wörtern allein wird nie eine eventuell ange-



strebte Verbindung neuen Inhalts entstehen können, bzw. - um mit Hegel zu sprechen - eine die Gegensätze aufhebende Synthese. In der Medizin sind wir mit diesem Problem immer dann konfrontiert, wenn es darum geht, die dem Menschen einzig angemessene „ganzheitliche“ Sicht gegenüber andersartigen Sichtweisen zum Ausdruck zu bringen.

Wie uns Hegel (1) lehrt, werde das allein zur Beschreibung taugliche dialektische Prinzip verfehlt, wenn man das Wesen einseitig, d. h. in einem sprachlichen Begriff meint ausdrücken zu können.

*„Ein spekulativer Inhalt kann (deshalb auch) nicht in einem einseitigen Satz ausgesprochen werden. Sagen wir z. B. das Absolute sei die Einheit des Subjektiven und des Objektiven, so ist dies zwar richtig, jedoch insofern einseitig, als hier nur die Einheit ausgesprochen und auf diese der Akzent gelegt wird, während doch in der Tat das Subjektive und das Objektive nicht nur identisch, sondern auch unterschieden sind“ (§ 82).*

Will man sich ernstlich daran machen, die von Hegel kritisierte „Einseitigkeit der

Vorstellungen“ zu überwinden, dann ist die übliche Praxis der Generierung immer neuer sprachlicher Gebilde sicher ein ungeeignetes Verfahren. Wie von Hontschik so eindrucksvoll vorgeführt, entsteht auf diesem immer schon beliebten, weil die Anstrengung des Begriffs vermeidenden Wege schließlich zwangsläufig ein unentwirrbarer gordischer Knoten - sowohl sprachlich wie auch gedanklich.

Grundsätzlich problematisch all jene Begriffe, in denen das darin bereits Ausgedrückte, mithin Selbstverständliche durch Hinzufügung eines überflüssigen schmückenden Beiwortes bekräftigt werden soll, tatsächlich aber entwertet wird. Sagen wir „Psychosomatische Medizin“ dann stellen wir diesen Begriff neben dessen stets mitzudenkende Negation, nämlich eine „Nicht-psychosomatische Medizin“, die durch diese Gleichstellung eine (unbeabsichtigte) Aufwertung erfährt. Eine scheinbar nebensächliche sprachliche Unzulänglichkeit provoziert die Gefahr einer irrefüh-

renden Hypostasierung, weil das Mitzudenkende als eine gleichrangig zu betrachtende Alternative mißverstanden werden kann. Tatsächlich aber kann eine „Nicht-psychosomatische Medizin“ vor dem Hintergrund der leib-seelischen Einheit des Menschen nur eine bedauerliche Verirrung darstellen. Durch die an sich gebotene ergänzende Erläuterung, dass jede Form der Humanmedizin von einer „psychosomatischen Grundhaltung“ getragen werden muss, weil sonst nicht von Humanmedizin im eigentlichen Sinn gesprochen werden kann, würde den in „Psychosomatische Medizin“ enthaltenen Widersinn offenbar werden lassen.

Für Ärzte, die sich dem Vermächtnis Thure v. Uexkülls verpflichtet fühlen, das in seiner Forderung nach einer für alle Fächer verbindlichen, die leibliche und seelische Perspektive integrierenden Grundhaltung besteht, kann es primär nur darum gehen, diese Grundhaltung in der täglichen Praxis einzuüben, anstatt sich auf wohlfeile plaka-

tive Etikettierungen und Absichtserklärungen zurückzuziehen.

Eine Integrierte Medizin in o.g. Sinne zu praktizieren ist ohne ständige Reflexion eben dieser Praxis unmöglich. Wie wir von den sog. Mogelpackungen wissen, garantiert jedoch umgekehrt eine bestimmte Etikettierung noch lange keine dieser entsprechende Praxis.

### **Literatur**

Hegel, G.W.F. Enzyklopädie der philosophischen Wissenschaften im Grundrisse (1830).

v. Uexküll, Th. Interview mit Rosemarie Stein, Berliner Ärzte 7 (1994)

Ulrich, G. Was unterscheidet und was verbindet Somatotherapie und Psychotherapie? Fundamenta Psychiatrica 4 (1990) 132-136

Ulrich, G. Biomedizin. Die folgenschweren Wandlungen des Biologiebegriffs. Schattauer, Stuttgart 1997

\* \* \* \* \*

Und noch eine kleine Randnotiz:

### **Aus der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung vom 31.7.2005**

*Das Wiener Museum Leopold hat am Freitag anlässlich der hohen Temperaturen und der aktuellen Ausstellung "Die nackte Wahrheit" nackten oder leicht bekleideten Besuchern freien Eintritt gewährt. Im Museum hängen Aktgemälde von Wiener Künstlern wie Gustav Klimt, Richard Gerstl und Oskar Kokoschka. Der kaufmännische Direktor Peter Weinhäupl sagte dem "Guardian": "Es ist ein Experiment. Aber Egon Schiele war zu seiner Zeit auch ein wilder Typ, und er wäre sicher gerne dabeigewesen." Mehrere hundert kunstinteressierte Nudisten folgten spontan der Einladung. Die "Kronen-Zeitung" ließ es sich nicht nehmen, auf ihrer Homepage die Nackten vor den Nackten abzubilden.*

## Rezension von Martin Konitzer zu „Narrative based Medicine“ von T. Greenhalgh und B. Hurwitz

Trisha Greenhalgh und Brian Hurwitz (Hrsg.), Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin, Verlag Hans Huber, Bern und Göttingen, 2005, 49,50 €

Nachdem nun sowohl eine Jahrestagung der AIM in Frankfurt wie auch eine in Hamburg ausdrücklich unter dem Thema der „Narrative-based Medicine“ und der „Patientenerzählung“ gestanden haben, ist die aktuelle Übersetzung des Grundlagenwerks von Greenhalgh und Hurwitz Anlaß zur Lektüre.

Zunächst einmal wird ein Unterschied zur deutschen Tradition der Wertschätzung von Patientenerzählungen deutlich. Greenhalgh hat „Narrative-based Medicine“ als subjektzentrierte, kritische Erweiterung der Evidence-based Medicine konzipiert. Nicht zufällig schloss ihre Einführung in die Evidence-based Medicine Ende der 90er Jahre mit der Forderung nach „Papers that go beyond Numbers“. Hier schließt ihr Grundlagenaufsatz im vorliegenden Band an: „Sprechende Medizin in einer evidenzbasierten Welt“. Greenhalgh verklammert Evidence-based Medicine und Narrative-based Medicine folgendermaßen:

„Ich hoffe, Sie in diesem Kapitel davon überzeugen zu können, dass der praktizierende Arzt nicht einen Jota von den Prinzipien der klinischen Epidemiologie (das ist Evidence-based Medicine, Konitzer) aufgeben muss, wenn er den narrativen Charakter des Krankheitserlebens und die intuitiven und subjektiven Aspekte der ärztlichen Kompetenz anerkennt. Ein solcher Ansatz verlangt auch keine Umkehrung der Evidenzhierarchie, wodurch eine persönliche Anekdote bei der Entscheidungsfindung mehr Gewicht erhielte als eine randomisierte-kontrollierte Studie. Und ferner werde ich zeigen, dass echtes evidenzbasiertes Praktizieren in Wahrheit ein interpretatives Paradigma *voraussetzt*, in dessen Rahmen der Patient seine Krankheit erlebt und die Begegnung von Arzt und Patient stattfindet.“ (295 f.).

In ihren weiteren Darlegungen leitet Greenhalgh den narrativen Anspruch auf

wissenschaftliche Verbindlichkeit erheblich aus. Unter Bezug auf die Medizinhistorikerin und Ethikerin Hunter versteht sie Medizin als kasuistisches Fach. Dessen „Entscheidungen werden nicht durch unumstößliche Regeln gesteuert, sondern durch konkurrierende Maximen ... Wie Juristen, Literaturkritiker, Historiker und auch alle anderen, die nach wissenschaftlichen Beweisen suchen, sehr wohl wissen, gibt es keine selbstinterpretierenden Texte. Als Regeln sind diese Maximen deshalb bedingungslos kontextuell.“ (Hunter nach Greenhalgh, S. 301).

Hieraus ergibt sich für Greenhalgh zunächst die ethische Konsequenz, dass mit statistischen Mitteln an größeren Kollektiven gewonnene Erkenntnisse hinsichtlich Diagnose und Therapie nicht unmittelbar auf den Einzelfall heruntergebrochen werden dürfen. Gleichermäßen wichtig ist der zweite Aspekt der narrativ-basierten Methode: sprachliche Daten haben nicht allein das Moment der unverstellten Subjektivität – in ihnen schlummert ein erkenntnisfördernder Generalnenner. Am Beispiel einer in der englischen allgemeinmedizinischen Literatur mehrfach referierten differentialdiagnostischen „Meisterleistung“ hinsichtlich der Erkenntnis einer Meningokokkenmeningitis „gegen jede Wahrscheinlichkeit“ durch einen britischen Hausarzt, referiert Greenhalgh systematisch die Möglichkeit textlicher Marker unter differentialdiagnostischem Aspekt zur Abwendung eines „abwendbar gefährlichen Verlaufs“, wie wir in Deutschland sagen würden.

Aus unserer Textarbeit mit Patiententranskripten durch Frau Gülich und Herrn Schöndienst mag uns dieses „Wittgensteinische Paradigma“ längst bekannt sein: Lebensformen haben Sprachspiele, Krankheiten sind Lebensformen – also haben Krankheiten auch Sprachspiele. Dies

„Sprachspiel“ meint dann – sensu Schön-  
dienst – sowohl spezifisches Krankheitser-  
leben im Sinne einer Patientengeschichte  
wie auch Sprachspiel im Sinne differenti-  
aldiagnostischer Marker für eine Epilep-  
sieberkrankung oder einen dissoziativen  
„Anfall“. Diese intersubjektive Auffassung  
von Sprache und Krankheitsgeschehen  
kann schon in Viktor von Weizsäckers  
„Krankengeschichte“ gefunden werden.  
Neben Greenhalghs grundlegenden Darle-  
gungen enthält der lesenswerte Band  
Krankengeschichten („Habe ich Epilepsie,  
oder hat sie mich?“), Arztgeschichten aus  
dem Chaos der allgemeinärztlichen  
Sprechstunde („Sirenen, herrenlose Hunde  
und die Geschichte von Hilda Thompson“  
von Marshall Marinker in Anlehnung an  
Borges und Foucault), Lehre der narrativ-  
basierten Medizin und narrativ-basiertes  
Lernen im Medizinstudium von H.A.  
Squier, systematische Hinweise zur Ent-  
wicklung einer „Datenbank individueller  
Patientenerfahrungen“ von Greenhalgh

selbst, anthropologische Aspekte der Sinn-  
gebung durch Erzählen (V. Skultans).  
Für die Güte der Übersetzungsarbeit  
spricht, dass die abschließenden Lektüre-  
empfehlungen im Anhang sorgfältig auf  
die Greifbarkeit in deutscher Übersetzung  
hin bearbeitet wurden. „Wermutstropfen“:  
ich halte den Untertitel „Sprechende Medi-  
zin“, der auch in manchen Kapitelüber-  
schriften für „Narrative-based“ steht, für  
unglücklich, da hiermit eine alte Frontlinie  
zwischen „sprechender“ (= empathischer!)  
Medizin und „Apparatemedizin“ suggeriert  
werden könnte. Paradoxerweise zeigt die-  
ses Buch aber, dass Narrative-based Medi-  
cine kein Synonym für „empathisch“ ist,  
sondern ein Instrument zur Erfassung und  
Konstruktion gemeinsamer Wirklichkeiten  
– somit durchaus „technisch“ ist.

PD Dr. med. Martin Konitzer  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Hannover

\* \* \* \* \*

Unter der Rubrik

### Wie finden Sie das?

hatten wir uns in der Telegramm-  
Redaktion ausgedacht, mit einem provozie-  
renden und interessanten Text die AIM-  
Mitglieder zu Stellungnahmen zu bitten,  
um ein wenig Diskussion zwischen unse-  
ren Treffen zu initiieren.

Im Heft 11 haben wir dazu einen Text von  
Klaus Dörner abgedruckt zum PTSD abge-  
druckt, der drei Antworten fand.

Im Heft 12 fand sich ein Text von Bernd  
Hontschik über ‚Psychosomatik als Out-  
sourcing‘ des Menschen aus der Schulme-  
dizin. Dieser Text fand nur eine Antwort,  
von Gerald Ulrich, die Sie in diesem Heft  
lesen konnten.

Nun liegen die interessanten und provozie-  
renden Texte und Thesen ja nicht am We-  
gerand und warten nur darauf, einmal in  
unserem Telegramm veröffentlicht zu wer-  
den. Deswegen finden Sie in diesem Heft  
keinen solchen Text - wir haben gerade  
keinen. Aber vielleicht haben Sie ja einen:  
Schicken Sie ihn uns:

**telegramm@int-med.de !**

Uns würde es Spaß machen, diese kleine  
Textreihe fortzusetzen, aber ehrlich gesagt:  
wir hatten uns mehr Reaktion erhofft .....

Ihre Telegramm-Redaktion

## Schriftenreihe der AIM



Pott, Gerhard

### **Der angesehene Patient**

Ein Beitrag zur Ethik in der Palliativmedizin

**Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin**

Geleitwort von Meinhard Classen

2004. 72 Seiten, 31 Abb., 1 Tab., geb.

ISBN: 3-7945-2210-9

Den Patienten ganzheitlich zu erfassen und zu behandeln hat sich vor allem die Palliativmedizin zur Aufgabe gemacht. Palliativmedizin ist schützende, umsorgende, vor allem subjektive Medizin, die dann im Vordergrund steht, wenn das Leiden des Patienten nicht mehr zu kurieren ist und er voraussichtlich in absehbarer Zeit sterben wird.

- Aber wie stellt die Palliativmedizin den Patienten in den Mittelpunkt, wie erfasst sie ihn?

Auf diese Frage versucht das Buch eine Antwort zu geben: Vor lauter technischen Bildern „übersehen“ die Mediziner ihre Patienten. Der Blick der Mediziner ist geschult an technischen Bildern, deren Patientenferne, Geruch- und Klagelosigkeit und deren Serialität sie in eine künstliche Welt führen, die es ihnen unmöglich macht, die Aura des kranken Patienten, seine Verarbeitung der Krankheit usw. zu erfassen. In Art einer Epikrise werden die Gründe für die „Flut“ der technischen Bilder in der Medizin angegeben. Neben der erwähnten Distanzierung vom Leiden des Patienten sind Forscherdrang, merkantile Vorteile, aber auch Warencharakter, Analogiezauber und Fetischcharakter des Bildes mögliche Gründe.

Physiologische und psychophiologische Aspekte des Sehens in der Medizin werden dargestellt, aus denen der Autor Rückschlüsse für die palliativmedizinische Betreuung der Patienten zieht.

\* \* \* \* \*



Albers, Ludger / Leiß, Ottmar (Hrsg.)

### **Körper - Sprache - Weltbild**

Integration biologischer und kultureller Interpretationen in der Medizin

**Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin**

2002. 240 Seiten, 32 Abb., 36 Tab., kart.

ISBN: 3-7945-2119-6

Ärztliche Diagnosen sind keinesfalls biologische "Realität", sondern Annahmen, die Ärzte sich über die Realität ihrer Patienten machen. Nur der ständige kommunikative Abgleich ärztlicher Interpretationen mit denen des Patienten kann eine gemeinsame Realität als Handlungsgrundlage für das Heilen von Passungsstörungen innerhalb des Körpers oder in den Körper-Umwelt-Beziehungen schaffen. Die Autoren plädieren entsprechend auf verschiedenen Ebenen sowohl für genauere Unterscheidungen als auch für eine bewusste Integration verschiedener biologischer und kultureller Interpretationsmuster in der Medizin:

- bei der Konstruktion ärztlicher Interpretationen aufgrund der Annahmen und Beschreibungen von Patienten
- in einer Anpassung sprachlicher Äußerungen und Kategorienbildungen an diejenigen von Patienten
- in einer bewussten Wahrnehmung sprachlicher Unterscheidungen zwischen Körper, Seele, Geist, Verstand usw. als "künstliche" kulturelle Unterscheidungen
- bei Verwendung medizinischer Interpretationsmuster, die in sozialer Abstimmung "kulturell" entstehen, jedoch ohne biologisches Gedächtnis nicht vorstellbar wären
- bei Betrachtung des Gehirns als kulturerzeugendes biologisches Interpretationsorgan
- bei der Analyse "sprachlicher" Aspekte auf zellulärer Ebene, usw.

Die Beiträge verdeutlichen, was unter Zeichenprozessen in der Medizin zu verstehen ist. Sie unterstreichen den hybriden Charakter einer Medizin, die als biokultureller Zeichenprozess historischen Traditionen verschiedener Menschengruppen unterliegt.

\* \* \* \* \*



Uexküll, Thure von / Geigges, Werner / Plassmann, Reinhard (Hrsg.)  
 Arnim, Angela von / Bauer, Joachim / Emmerich, Sabine / Kühnelt,  
 Doris / Leininger, Gerlind / Sauer, Manfred / Schütz, Michael / Stadl-  
 mayr, Werner

### **Integrierte Medizin**

Modell und klinische Praxis

#### **Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin**

2002. 318 Seiten, 15 Abb., 4 Tab., geb.

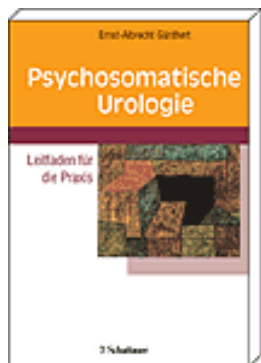
ISBN: 3-7945-2149-8

Der Nestor der deutschsprachigen Psychotherapie, Thure von Uexküll, hat gemeinsam mit Werner Geigges und Reinhard Plassmann, beide Chefarzte großer psychosomatischer Kliniken, ein Buch über die Praxis einer Medizin geschrieben, die den Patienten konsequent als Subjekt mit einer individuellen Geschichte betrachtet und behandelt. Anhand von 12 ausführlichen und detaillierten Kasuistiken aus unterschiedlichen Feldern der klinischen Medizin (z.B. Innere Medizin, Kardiologie, Geburtshilfe, Neuropädiatrie, Psychiatrie, Umweltmedizin, Psychosomatische Rehabilitation, Körperbezogene Psychotherapie) wird das Modell einer Integrierten Medizin reflektiert: Integrierte Mediziner »spalten« den Patienten nicht in einen kranken Körper ohne Seele und eine beschädigte Seele ohne Körper, sondern stellen den ganzen Menschen in den Mittelpunkt des diagnostischen und therapeutischen Prozesses.

Thure von Uexküll hat mit seinen Schülern und Weggenossen die Methode der »Reflektierten Kasuistik« kreiert und stellt sie in diesem Buch vor: eine Weiterentwicklung der Balintgruppenarbeit, die den theoretischen Hintergrund des ärztlichen Handelns mit berücksichtigt. Die bewährte Tradition der Krankengeschichte in der Medizin wird so neu belebt. Im Zentrum der Aufmerksamkeit steht das autobiographische Narrativ des Patienten und das Herstellen gemeinsamer Wirklichkeit (»Passung«) in der Arzt-Patienten-Beziehung.

Gespannt hat die Fachwelt darauf gewartet, dass Thure von Uexküll, der Begründer einer viel zitierten »Theorie der Humanmedizin«, ein Buch aus der Praxis für die Praxis vorlegt. Dieses Buch erscheint jetzt bei Schattauer.

\* \* \* \* \*



Günthert, Ernst-Albrecht

### **Psychosomatische Urologie**

Leitfaden für die Praxis

#### **Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin**

2004. 168 Seiten, 3 Abb., 1 Tab., kart.

ISBN: 3-7945-2298-2

Somatisierungsbeschwerden sind im Bereich der Harn- und Geschlechtsorgane besonders häufig: von der Reizblasensymptomatik bis zur Erektionsstörung, von diffusen Beckenbeschwerden („Prostatitis“) bis zum quälenden Pruritus. Erklärende Körperbefunde lassen sich mit apparativ-instrumentellen oder Laboruntersuchungen dabei kaum finden und das psychosomatische Geschehen wird viel zu oft übersehen.

Der Autor vermittelt den gesamten Fundus seines umfassenden theoretischen Wissens und seiner langjährigen praktischen Erfahrungen in der psychosomatischen Urologie auf anschauliche Weise. Er bietet plausible Erklärungs- und Verständnismodelle für die wichtigsten urologischen Beschwerde- und Krankheitsbilder und schildert die bewährten diagnostischen und therapeutischen Ansätze praxisnah. Seine Empfehlungen sind auch für den nicht speziell psychosomatisch ausgebildeten Urologen umsetzbar und stellen die Grundlage für die psychosomatische Grundversorgung in der Urologie dar.

Eine besondere Rolle spielen in der psychosomatischen Urologie häufige muskuläre Spannungsbeschwerden im Sinne von Somatisierungsstörungen, mit denen sich der Autor detailliert befasst. Neben körpertherapeutischen Übungen zur Entspannung werden dabei auch „Übende Verfahren“ zum „Selbstmachen“ beschrieben. Auf die vielfältigen Sexualstörungen, an denen seelische Ursachen häufig einen wesentlichen Anteil haben, geht der erfahrene Autor ausführlich ein.

„Hätte ich die Erkenntnisse ... schon vor 20 Jahren genutzt, wäre ich bestimmt ein erfolgreicherer und besserer Arzt gewesen.“ Prof. Dr. med. H.-J. Schneider (em. Ordinarius für Urologie an der Friedrich-Schiller-Universität Jena)

Texte zu den Büchern: Schattauer Verlag, Stuttgart

\* \* \* \* \*

**Diese und alle weiteren Bände der Schriftenreihe der AIM  
 finden Sie auf unserer Homepage [www.int-med.de](http://www.int-med.de)!**

## **Kontaktadressen der AIM**

**Basel:** Prof. Dr. med. Wolf Langewitz, Universitätsspital Basel, Psychosomatik, Hebelstr.2, CH-4031 Basel, Tel 0041/61/265-5318, Fax 0041/61/265-3228, Email: basel@int-med.de

**Bern:** Dr. med. Werner Stadlmayr, Sulgenauweg 8, CH-3007 Bern, Tel 0041/31/3001259, Fax 0041/31/3001414, Email: bern@int-med.de

**Berlin:** Dr. med. Henning Dehn, Bürknerstr. 2, 12047 Berlin Tel 033055- 22488, Email : berlin@int-med.de

**Düsseldorf:** Ana-Karena Kätsch, Becherstr. 22, 40476 Düsseldorf, Tel 0211/9468886, Email: duesseldorf@int-med.de

**Frankfurt:** Dr. med. Gisela Volck, Pestalozziplatz 6, 60385 Frankfurt, Tel 069/455938, Fax 069/451114, Email: frankfurt@int-med.de

**Freiburg:** Dr. med. Werner Geigges, Klinik für Rehabilitation, 79286 Glottertal, Tel 07684/809-122, Fax 07684/809-253, Email: freiburg@int-med.de

**Hamburg:** Prof. Dr. med. Christoph Schmeling-Kludas, Segeberger Kliniken, Am Kurpark 1, 23795 Bad Segeberg, Tel 04551/802-4891, Fax 04551/802-4895, Email: hamburg@int-med.de

**Hannover:** Dr. med. Wolfgang Kämmerer, Klinik für Psycho-somatische Medizin im Krankenhaus der Henriettenstiftung, Schwemannstr. 19, 30559 Hannover, Tel 0511/2893131, Fax 0511/2893064, Email: hannover@int-med.de

**Innsbruck:** Prof. Dr. med. Alex Schaub, Jahnstraße 18, A-6020 Innsbruck, Tel 0043/512/580383, Email: innsbruck@int-med.de

**Köln:** Dipl.-Psych. Detlev Haimerl, Dattenfelder Str. 6, 51109 Köln, Tel 0221/843457, Fax 0221/7199138, Email: koeln@int-med.de

**München:** Dr. med. Herbert Kappauf, Onkologische Schwerpunktpraxis, MediCenter, Oßwaldstr. 1a, 82319 Starnberg, Tel 08151-5593-02, Fax 08151-5593-03, Email: muenchen@int-med.de

**Münster:** Anke Dalhoff, Hörsterstr. 32, 48143 Münster, Tel 0251/20535294, Email: muenster@int-med.de

**Stuttgart:** Dr. med. Wulf Bertram, Hölderlinstr. 3 (Schattauer Verlag), 70174 Stuttgart, Tel. 0711/22987-18, Fax 0711/ 22987-50, Email: stuttgart@int-med.de

**Wiesbaden:** Dr. med. Ludger Albers, Taunusstraße 7, 65183 Wiesbaden, Tel 0611/5326073, Email: wiesbaden@int.med.de

\* \* \* \* \*

### **KONTAKTADRESSE des AIM-TELEGRAMMS, verantwortlich im Sinne des Presserechts:**

Dr. Bernd Hontschik und

Dr. Gisela Volck, Pestalozziplatz 6, 60385 Frankfurt

Tel. 069/445938, Fax 069/451114, Email: [telegramm@int-med.de](mailto:telegramm@int-med.de)

**Copyright:** Akademie für Integrierte Medizin, Stuttgart