



AIM telegramm

Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin
Mitteilungen Nr. 17 Juli 2010

- Editorial 1
- Einladung zur Modellwerkstatt in Bochum 19.11.-20.11.2010 2
- Bericht der AIM-Modellwerkstatt in Hamburg 30.4.-1.5.2010 2
- Protokoll der Mitgliederversammlung am 6.11.2009 4
- Beiträge von AIM-Mitgliedern
 - Fritz Reinecke: Von hyperaktiven Kindern zur hyperaktiven Blase 5
 - Ottmar Leiß: Hinweis zu „Streifzüge durch ärztliche Welten“ 7
- Kampf des Arbeitskreises psychotherapeutisch tätiger Hausärzte Südbaden 7
- Rezensionen:
 - Georg Romer, Miriam Haagen: Kinder körperlich kranker Eltern (von Antje Haag) 9
 - Paul Unschuld: Das Ende der klassischen Medizin (von Gisela Volck) 11
 - Claire Moore, Ulla Stammermann: Bewegung aus dem Trauma (von Gisela Volck) 11
 - Vera Kalitzkus: Dein Tod, mein Leben (von Sven Eisenreich) 12
 - Thomas Berger: Wie geht`s uns denn? (von Gisela Volck) 13
 - Manfred Spitzer, Wulf Bertram: Hirnforschung für Neu(ro)gierige 14
- Regionalgruppen und Kontaktadressen 15

Editorial

Es erscheint passend, an einer „Hochschule für Gesundheit“ - so der Name des Veranstaltungsortes unserer nächsten Modellwerkstatt - ein Arbeitstreffen der AIM zu veranstalten. Und dennoch gab es im Vorstand darüber eine kontroverse Diskussion: Ein Spannungsfeld zwischen Ärzten / Psychotherapeuten und den neuen Gesundheitsberufen, den „nichtärztlichen“ Berufsgruppen, tat sich auf. Demgegenüber steht die Möglichkeit einer interdisziplinären multimodalen Zusammenarbeit zum Wohle des Patienten.

Folgende Argumente wurden lebhaft diskutiert:

- Gehören Public Health und die Akademisierung von „Gesundheitsberufen“ nicht zum gegenwärtigen Prozess der Industrialisierung der Medizin und sind daher Abschaffungsprogramme einer Heilkunde, in der der „gute Arzt“ zu Hause ist?
 - Warum die Werbetrommel für den Wandel der Medizinberufe rühren, wenn dies am Ende die Abschaffung „des guten Arztes“ bedeuten könnte?
 - Ist es in Hinblick auf Qualität, Kompetenz und eine humanitäre Medizin nicht nebensächlich, ob jemand „ärztlich“ oder „nichtärztlich“ ist?
 - Geht es nicht vielmehr um die Wiederentdeckung oder den Erhalt der Heilkunst, mit entsprechend eingestellten und engagierten Angehörigen aller Gesundheitsberufe und aller im Dienst der Kranken Stehenden?
 - Ist eine solche Allianz gegen eine technisierte, ökonomisch pervertierte, dualistische Medizin vorstellbar?
 - Kann es eine Verbindung zwischen der Forderung nach mehr Qualität und der Idee der Wiederentdeckung oder des Erhaltes der Heilkunst geben?
 - Wäre es nicht endlich an der Zeit vom ärztlichen Standesdenken Abschied zu nehmen?
- Die Diskussion ist eine Reise nach Bochum wert!

Gisela Volck

➔ nächster AIM-Termin:

AIM-Modellwerkstatt
Bochum 19.11.-20.11.2010

Medizinberufe im Wandel
Integrierte Medizin als Basis einer
interdisziplinären Patienten Versorgung

Redaktion AIM-Telegramm und verantwortlich im Sinne des Pressegesetzes: Dr. Gisela Volck und Dr. Joachim Demmel
[namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder und stehen ausschließlich in Verantwortung des/der genannten Autors/Autoren]

Redaktionsanschrift:

Dr. Gisela Volck, Löwengasse 27L, 60385 Frankfurt/M

Email: telegramm@uexkuell-akademie.de, Tel. 069-455938, Fax 069-451114

Einladung zur
Modellwerkstatt II/2010 der
Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin
19.-20. November 2010
Bochum / Hochschule für Gesundheit

Medizinberufe im Wandel

Integrierte Medizin als Basis
einer interdisziplinären
Patienten-Versorgung

nähere Informationen
und Programm:

siehe Flyer
und im Internet

Info im Internet
www.uexkuell-akademie.de



Die CD der Tagung 2009 kann jetzt bestellt werden



Bericht zur AIM-Modellwerkstatt vom 30.4. bis 1.5.2010
Hamburg / Krankenhaus Ginsterhof

Arzt, Patient, Familie

„Die Einbeziehung von Familienangehörigen in die somatische, psychiatrische oder psychotherapeutische ärztliche Behandlung wird unter Berufung auf das biopsychosoziale Krankheitsmodell von vielen für notwendig, wenn nicht gar selbstverständlich gehalten.

In der Modellwerkstatt wollen wir gemeinsam unsere Arbeit unter diesem Gesichtspunkt reflektieren: Wo und wie beziehen wir Familienangehörige mit ein und welchen Ressourcen und Schwierigkeiten begegnen wir dabei?“ (Christoph Schmeling-Kludas und Werner Geigges im Einladungsflyer)

Beispiele aus der Praxis, praktische und theoretische Darbietungen und Überlegungen von Hamburger Regionalgruppenteilnehmern, sowie eine Fallpräsentation und gemeinsame -bearbeitung im Sinne der reflektierten Kasuistik von allen Teilnehmern ließ an den 2 Tagen ein mehrdimensionales Bild zum Thema Familie, Krankheit und Behandlung entstehen.

Philipp Herzog stellte uns die Arbeitsidee -Aufstellung der Familie mit Holzfiguren- im psychotherapeutischen Erstgespräch vor. Anhand eines Fallbeispiels entstand durch Aufstellung und wenige Worte für uns Zuhörer ein eindrucksvolles Bild über den Platz des Patienten in seiner Familie. Das Bild der eng stehenden Mutter-Patient-Vater-Gruppe und die dazu zitierten Worte des

Patienten „alles sehr dicht“ und „das wird schwierig“ führten schlaglichtartig ins Zentrum der Problematik und ließ uns an dem Prozess teilnehmen.

Philipp Herzog stellte mit Überlegungen zum verinnerlichten Konstrukt Familie, zum Begriff der Mentalisierung, zur Symbolisierung durch Sprache, der Auf-

findung der gemeinsamen Wirklichkeit zwischen Arzt und Patient, zum ikonischen Gesamteindruck und schließlich der Emergenz eine Verbindung zu unserem Modell der Integrierten Medizin her.

Anette Alberts und Christine Schroth der Zweite stellten eine

türkische Familie vor. 6 Familienmitglieder aus 2 Generationen, drei Frauen, schwer psychisch erkrankt, werden in der



Man möge sich vorstellen, wenn ein jeder so mitbringt, die verinnerlichten Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Ururgroßelterneben einen Familienbaum!

Kurt Tucholsky - die Familie

Die Griechen, die so gut wussten, was ein Freund ist, haben die Verwandten mit einem Ausdruck bezeichnet, welcher der Superlativ des Wortes „Freund“ ist. Dies bleibt mir unerklärlich. Friedrich Nietzsche

Als Gott am sechsten Schöpfungstag alles ansah, was er gemacht hatte, war zwar alles gut, aber dafür war auch die Familie noch nicht da. Der verfrühte Optimismus rächte sich, und die Sehnsucht des Menschengeschlechtes nach dem Paradies ist hauptsächlich als der glühende Wunsch aufzufassen, einmal, nur ein einziges Mal friedlich ohne die Familie dahinleben zu dürfen. Was ist die Familie?

Die Familie (familia domestica communis, die gemeine Hausfamilie) kommt in Mitteleuropa wild vor und verharrt gewöhnlich in diesem Zustande. Sie besteht aus einer Ansammlung vieler Menschen verschiedenen Geschlechts, die ihre Hauptaufgabe darin erblicken, ihre Nasen in deine Angelegenheiten zu stecken. Wenn eine Familie größeren Umfang erreicht hat, nennt man sie „Verwandtschaft“ (siehe im Wörterbuch unter M). Die Familie erscheint meist zu scheußlichen Klumpen geballt und würde bei Aufständen dauernd Gefahr laufen, erschossen zu werden, weil sie grundsätzlich nicht auseinander geht. Die Familie ist sich in der Regel heftig zum Ekel. Die Familienzugehörigkeit befördert einen Krankheitskeim, der weit verbreitet ist: alle Mitglieder der Innung nehmen dauernd übel. Jene Tante, die auf dem berühmten Sofa saß, ist eine Geschichtsfälschung: denn erstens sitzt eine Tante niemals alleine, und zweitens nimmt sie immer übel - nicht nur auf dem Sofa: im Sitzen, im Stehen, im Liegen und auf der Untergrundbahn.

Die Familie weiß voneinander alles: wann Karlchen die Masern gehabt hat, wie Inge mit ihrem Schneider zufrieden ist, wann Erna den Elektrotechniker heiraten wird, und dass Jenny nach der letzten Auseinandersetzung nun endgültig mit ihrem Mann zusammenbleiben wird. Derartige Nachrichten pflanzen sich vormittags zwischen elf und eins durch das wehrlose Telefon fort. Die Familie weiß alles, missbilligt es aber grundsätzlich. Andere wilde Indianerstämme leben entweder auf den Kriegsfüßen oder rauchen eine Friedenszigarre: die Familie kann gleichzeitig beides.

Die Familie ist sehr exklusiv. Was der jüngste Neffe in seinen freien Stunden treibt, ist ihr bekannt, aber wehe, wenn es dem jungen Mann einfiel, eine Fremde zu heiraten! Zwanzig Lorgnons richten sich auf das arme Opfer, vierzig Augen kneifen sich musternd zusammen, zwanzig Nasen schnuppern misstrauisch: „Wer ist das? Ist sie der hohen Ehre teilhaftig?“ Auf der anderen Seite ist das ebenso. In diesen Fällen sind gewöhnlich beide Parteien davon durchdrungen, tief unter ihr Niveau hinunter gestiegen zu sein.

Hat die Familie aber den Fremdling erst einmal in ihren Schoß aufgenommen, dann legt sich die große Hand der Sippe auf diesen Scheitel. Auch das neue Mitglied muß auf dem Altar der Verwandtschaft opfern; kein Feiertag, der nicht der Familie gehört! Alle fluchen, keiner tuts gern - aber Gnade Gott, wenn einer fehlte! Und seufzend beugt sich alles unter das bittere Joch...

Dabei führt das „gesellige Beisammensein“ der Familie meistens zu einem Krach. In ihren Umgangsformen herrscht jener sauersüße Ton vor, der am besten mit einer Sommernachmittagsstimmung kurz nach einem Gewitter zu vergleichen ist. Was aber die Gemütlichkeit nicht hindert. Die seligen Herrfelds stellten einmal in einem ihrer Stücke eine Szene dar, in der die entsetzlich zerklüftete Familie eine Hochzeitsfeierlichkeit abzog, und nachdem sich alle die Köpfe zerschlagen hatten, stand ein prominentes Mitglied der Familie auf und sagte im lieblichsten Ton der Welt: „Wir kommen jetzt zu dem Tafellied-!“ Sie kommen immer zum Tafellied.

Schon in der großen Soziologie Georg Simmels ist zu lesen, dass keiner so wehtun könne, wie das engere Kastenmitglied, weil das genau um die empfindlichsten Stellen des Opfers wisse. Man kennt sich eben zu gut, um sich herzinnig zu lieben, und nicht gut genug, um noch aneinander Gefallen zu finden.

Man ist sich sehr nah. Nie würde es ein fremder Mensch wagen, dir so nah auf den Leib zu rücken, wie die Kusine deiner Schwägerin, a conto der Verwandtschaft, nannten die alten Griechen ihre Verwandten die „Allerliebsten“? Die ganze junge Welt von heute nennt sie anders. Und leidet unter der Familie. Und gründet später selbst eine und wird dann grade so.

Es gibt kein Familienmitglied, das ein anderes Familienmitglied jemals erst nimmt. Hätte Goethe eine alte Tante gehabt, sie wäre sicherlich nach Weimar gekommen, um zu sehen, was der Junge macht, hätte ihrem Pompadour etwas Cachou entnommen und wäre schließlich durch und durch beleidigt wieder abgefahren. Goethe hat aber solche Tanten nicht gehabt, sondern seine Ruhe - und auf diese Weise ist der „Faust“ entstanden. Die Tante hätte ihn übertrieben gefunden.

Zu Geburtstagen empfiehlt es sich, der Familie etwas zu schenken. Viel Zweck hat das übrigens nicht; sie tauscht regelmäßig alles wieder um. Irgendeine Möglichkeit, sich der Familie zu entziehen, gibt es nicht. Mein alter Freund Theobald Tiger singt zwar:

*Fang nie etwas mit Verwandtschaft an -
denn das geht schief,
denn das geht schief!*

aber diese Verse sind nur einer stupenden Lebenskenntnis entsprungen. Man fängt ja gar nichts mit der Verwandtschaft an - die Verwandtschaft besorgt das ganz alleine.

Und wenn die ganze Welt zugrunde geht, so steht zu befürchten, dass dir im Jenseits ein holder Engel entgegenkommt, leise seinen Palmwedel schwingt und spricht: „Sagen Sie mal - sind wir nicht miteinander verwandt -?“ Und eilends, erschreckt und im innersten Herzen gebrochen, enteilst du. Zur Hölle.

Das hilft aber gar nichts. Denn da sitzen alle, alle die anderen.

Quelle: Kurt Tucholsky: Gesammelte Werke in zehn Bänden. Band 3, Reinbek bei Hamburg 1975, S. 307-309.

Gemeinschaftspraxis behandelt. Während des Berichtes der Krankheits- und Krankengeschichten und der Beschreibung der Arzt-Patient-Beziehungen erstellte Miriam Haagen das Genogramm dieser Familie. Die Frage „was ist mit dieser Familie los?“ konnte anschließend erleuchtend, insbesondere durch die Einbeziehung des Genogramms, diskutiert werden, ebenso die Frage nach der gemeinsamen Wirklichkeit in der Familie, den Arzt-Patient-Beziehungen und im Praxisteam.

Unterlegt mit den Beispielen aus der Praxis konnte man gut den

dann folgenden theoretischen Ausführungen Miriam Haagens folgen zu dem Thema: Wie lassen sich Familienangehörige in Behandlungen einbeziehen; Konzepte, Praxisbeispiele und Operationsmodelle.

In der folgenden Diskussion ging es um den Unterschied der mentalen Familieneinbeziehung (Standardversorgung) und der realen Familieneinbeziehung mit den Fragen des Auftrags, der Schweigepflicht und der Hinzuziehung des Familientherapeuten.

Detaillierte Ausführungen, Aspekte, die von Miriam Haagen teilweise vorgetragen wurden,

sind in dem Buch „Kinder körperlich kranker Eltern“ von Miriam Haagen und Georg Romer zu finden, siehe dazu Buchbesprechung weiter unten.

Am Samstagvormittag zeigte uns Anna Staufenberg-Wandschneider per Videopräsentation ein Interview mit einem ihrer Patienten nach 3 Jahren gemeinsamer Arbeit. Das Interview war speziell für die Modellwerkstatt, für uns und unsere Fallarbeit, aufgenommen worden. Es begann mit der Frage nach den Erfahrungen des Patienten mit seinen Ärzten und seiner Familie während der schweren Krankheitsphase, den

Jahren danach und jetzt im Heilungsprozess. Wir Teilnehmer hatten die Gelegenheit dem sich vorsichtigen Öffnen des Patienten zu folgen, in die Darstellung seiner Krankengeschichte einzutauchen, der Beziehung Therapeutin- Patient die Aufmerksamkeit zu geben und die Bewegungsmuster und entstehenden Bilder wahrzunehmen.

Die Krankheitsgeschichte wurde den Teilnehmern parallel dazu per Papier mitgeteilt. Es handelte sich hierbei um eine schwerwiegende körperliche Erkrankung, die eine lebensbedrohliche Operation erforderte und unvermeidlicherweise zu verschiedenen körperlichen Funktionsausfällen über ein Jahr postoperativ führte. Das Leben des jungen Mannes war auch anschließend nur unter großer Konzentration auf die körperliche Kontrolle möglich und er machte im Interview den Zuhörern klar, wie sehr ihm das Kraft gekostet hat. Die anschließende Fallarbeit erfolgte anhand der Basler reflektierten Kasuistik, modifiziert für diese Modellwerkstatt. Beispielsweise werden einige Beispiele der Gruppenarbeit zu den ersten 4 Arbeitsschritten aufgeführt.

Zu 1. „Was fällt Ihnen an der Kasuistik auf? Wo blieb Ihre Aufmerksamkeit hängen?“ Verzweiflung, wie im Tunnel, Zwiespalt,

Ausbremsung, Bewegungslosigkeit, schnellende Faust, Ruhe, Wut und Druck.

Zu 2. „was ist daran wichtig?“ Ohnmacht, Lebenswille, gehalten sein und gehalten werden, Nähe-Distanz-Problem.

Zu 3. „was würden Sie gerne noch von dem Patienten wissen?“ mehr zur körperlichen Symptomatik, über die Sexualität, Familienerfahrung des Hausarztes

zu 4. Wie würden Sie die Kasuistik auf der Basis Ihrer beruflichen Erfahrung verstehen? Und stellen Sie sich vor, das wäre Ihre Patient, wie würden Sie weiter vorgehen?“ Bewegungstherapie, traumaspezifische Behandlung, Hobby-Tanzen, in Familienarbeit Würdigung des gemeinsam Geschafften, praktische Lebenshilfe.

Im 5. Schritt wurde Anna Staufenbiel-Wandschneider, gefragt: „Was machen Sie jetzt mit den Rückmeldungen der Gruppe?“ Sie sagte, ihr sei noch einmal deutlich geworden, welche große Anstrengung die Bewältigung der Krankheitsfolgen für den Patienten gewesen sei, so dass kaum ein Platz für die Entwicklung seines sozialen Lebens übrig geblieben sei. In den Stunden nach dem Interview habe sich diese Intervention bereits als eine Schlüsselsituation erwiesen, da im Anschluss daran nicht nur

Intrusionen aufgetreten seien, sondern auch Aspekte des Krankheitstraumas von ihm mit mehr Distanz gesehen werden könnten, sie seien beschaubar geworden.

In der folgenden Gruppendiskussion ging es um die Frage der gemeinsamen Wirklichkeit, in erster Linie, was hat Patient und Familie geschafft, wo stehen sie heute, wo hat ärztliche-/therapeutische Hilfe gefehlt und was wäre heute notwendig? Familiengespräche könnten der familiären Entlastung dienen und zugleich einen Reflexionsraum anbieten z.B. wenn grenzüberschreitende körperliche Hilfe, wie z.B. Katheterisieren notwendig ist.

Die abschließende Frage an den Moderator, wie die Moderation empfunden wurde, ergab: die Gruppe sei als sehr ergänzend, konstruktiv und am Gemeinsamen interessiert, empfunden worden, was möglicherweise als Pendant zu dem schweren Krankheitsbild des Patienten zu verstehen sei.

Mit dem Gefühl einer konstruktiven gemeinsamen Arbeit wurde die Modellwerkstatt beschlossen.

Gisela Volck

Protokoll der Mitgliederversammlung der Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin Frankfurt, 6.11.2009, 17:30-19:00

1. Vorstellung der neuen Mitglieder
2. einstimmige Wahl der zwei Rechnungsprüfer: Sigrun Schulze-Stadler und Matthias Lütgert
3. Bericht über die Vorstandsarbeit:
 - Vorbereitung der Modellwerkstatt in Glotttetal, „Gesundheit und Krankheit als Zeichenprozess“
 - Vorbereitung der Tagung in Frankfurt, „Auseinander-Setzen - Zusammen-Wirken - gemeinsame Wirklichkeiten in einer zersplitterten Medizin“
 - Änderung am didaktischen Modell der reflektierten Kasuistik
 - E.card-Aktivitäten
4. der Vorstand wird mit 7 Enthaltungen entlastet, der Kassenwart mit 1 Enthaltung
5. Ausführungen zu Pay for Performance-Strategie der KBV und der Kassen durch Bernd Hontschik: Er weist darauf hin, dass die Parameter zentrierte Datensammlung unter einem fraglichen Erfolgsaspekt das Ende der Arzt-Patient-Beziehung bedeute, das Ende der Beziehungsmedizin und Heilkunst. Von Otmar Leiß wird auf Erfolge durch Qualitätsstandards hingewiesen. In der folgenden Diskussion wird zwischen Qualitätsstandards und Erfolgsstandards, wie sie bei Pay for Performance geplant sind, differenziert. Die Stimmung bzgl. Pay for Performance zeichnet sich als ablehnend bis kämpferisch ab. Die Haltung „integrierte Medizin ist politische Arbeit“ nimmt zunehmend Raum.
6. Hausarztinitiativen:

- Diskussion zu dem Thema der Abrechnungskämpfe bzgl. der sprechenden Medizin ruht derzeit, da die Positionen in den einzelnen Bundesländern und Arztpraxen sehr verschieden sind.
 - Basismediziner werden sich in der nächsten Zeit zu dem Thema „Überlebensstrategien“ austauschen.
7. als Themen für die nächste Modellwerkstatt werden vorgeschlagen:
- Auseinandersetzung mit Pay for Performance
 - Systemtheorie, im Sinne der Beschäftigung mit einer der Säulen des Modells für Integrierte Medizin
- als Themen für die Jahrestagung werden vorgeschlagen:
- Forschung und Integrierte Medizin/ Beziehungsmedizin
 - Gesellschaftliche Kristallisationspunkte, wie Schule, Universität, Arbeitswelt und Integrierte Medizin/unser Modell
 - Salutogenese, Selbstheilungskräfte
8. Die Frage, wie die Verbindung zu der Welt der Studenten verbessert werden kann, wird erörtert. Ein neu gewonnenes studentisches Mitglied fragt an, ob jemand bereit wäre, das Modell der Integrierten Medizin an der Uni in Greifswald vorzustellen. Die Kontaktaufnahme mit der Regionalgruppe HH wird empfohlen.

Gisela Volck

Von hyperaktiven Kindern zur überaktiven Blase von Fritz Reinecke

Unser schnelllebiges Zeitalter verlangt nach unmittelbarer Leistung und ist auf kurzfristige Erfolge programmiert. Die dazu passende Ökonomie ist geprägt von Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit. Entsprechend ist unsere Gesellschaft durch einen Verlust an Langfristigkeit, Verlässlichkeit und Verantwortlichkeit gekennzeichnet. Eingebettet in dieses Zeitkolorit kommt es immer häufiger zum Phänomen einer Aufmerksamkeitsdefizits-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS). Anzeichen, dass soziokulturelle Rahmenbedingungen sich auf die Psyche von Heranwachsenden auswirken können, wird von Fachkreisen vehement verleugnet. Beharrlich wird an einer monokausalen hirnorganischen Verursachungshypothese festgehalten und in erschreckend zunehmendem Maße ein Medikament (Ritalin), welches in Deutschland dem Betäubungsmittelgesetz unterliegt, verordnet. Das Phänomen der motorischen Ruhelosigkeit oder mangelnder Konzentrationsfähigkeit wird zur Krankheit und alle Beteiligten – das Kind, die Eltern, Pädagogen, Mediziner und Psychotherapeuten – sind von ihrer Verantwortung für die Entstehung antisozialer Verhaltensweisen entlastet: Wer krank ist, der ist für sein Tun nicht zur Rechenschaft zu ziehen, sondern muss medika-

mentös behandelt werden. (Gespräch 2008)

Neben diesem objektivierenden Blickwinkel, der aus einem nahen Subjekt (das Kind) ein distanzierendes Objekt macht und das Gegenüber als fremd, von uns getrennten Organismus versteht, der unverstündlich agiert, gibt es den mitfühlenden, verstehenden Blick der Empathie, mit dem wir uns in den Anderen hineinversetzen und sein Fühlen und Handeln verstehen, an uns heranlassen und auch in uns selber nachvollziehen können. Welchen Blick wir einnehmen, hängt dabei nur von unseren Motiven ab, beide Perspektiven sind möglich.

Auch bei einer überaktiven Blase gibt es diese beiden Blickwinkel. Der eine ist das Bemühen, eine sichtbare, zählbare oder messbare Ursache zu finden. Entsprechend lautet die Diagnose: Überaktive Blase bei einer chronischen Prostatitis oder entsprechend interstitielle Cystitis bei Frauen. Auch wenn keine messbaren Entzündungen gefunden werden, wird an einer entzündlichen eben abakteriellen Genese festgehalten. Aber wie bei der „Strahlenblase“ verursachen selbst beträchtliche histologische Veränderungen selten somatische Beschwerden.

Die andere Art der Betrachtung wäre, den Anderen in seiner Not

Beiträge von AIM-Mitgliedern

zu verstehen. Denn wir sehen ihm seine „Erkrankung“ nicht an, was dazu verleitet, dass Betroffene von anderen nicht ernst genommen werden. Zu dem ständigen Harndrang verbunden mit diffusen Schmerzen, die sich kaum zuordnen lassen, kommt dann auch noch der Kampf gegen Vorurteile, Abwertung und Unverständnis. Betroffene ziehen sich zurück, fühlen sich verstanden und alleingelassen. Symptome von Depression können die Folge sein.

Verzweifelt wechseln sie von einem Arzt zum nächsten, probieren alle angebotenen Heilmethoden aus und werden immer wieder enttäuscht, weil keiner helfen kann.

Hilflosigkeit auf beiden Seiten verleitet dazu, immer wieder neu zu untersuchen in der Hoffnung, endlich eine Ursache zu finden, um eine gezielte Therapie zu ermöglichen.

Mit dieser Problematik von Hilflosigkeit und Verzweiflung ist die Schulmedizin überfordert. Ihre Erkenntnisse und Denkmotive basieren auf der Naturwissenschaft des 18. und 19. Jahrhunderts und auf einer objektiv existierenden Realität, die es zu erkennen gilt. Sie besteht aus Ursache und Wirkung und ist immer zweigleisig.

Genauer: Auf die gleiche Ursache folgt immer die gleiche Wirkung. Oder: Wenn man lange genug und möglichst genau untersucht, wird man immer eine Ursache finden, um eine entsprechende Behandlung einzuleiten.

Dies ist zum Scheitern verurteilt, da eine Medizin für den Körper ohne Seele streng getrennt wird von einer Medizin für die Seele ohne Körper (von Uexküll 1996).

Die moderne Neurobiologie hat jedoch die strikte Trennung von Natur und Kultur längst aufgegeben. Unter der Einwirkung konkreter sozialisierender Beziehungserfahrungen mit prägenden Bezugspersonen, müssen wir von lebenslangen Wechselwirkungen zwischen Körper und Seele ausgehen. Bewiesen ist, dass sich Störungen der frühen Affektregulierungen von Geburt an neurophysiologisch niederschlagen und später zu körperlichen Beschwerden führen können. Frühe Erfahrungen bleiben als emotionale Intelligenz zeitlebens erhalten. Sie werden unter ungünstigen Bedingungen - etwa wenn eine Bedrohung oder nicht auszuhaltende Spannung befürchtet oder phantasiert wird - reaktiviert (Gespräch 2008).

Der Prozess zwischen Ursache und Wirkung ist nicht wie bei technischen Maschinen zweigleisig, sondern auf Grund der Erfahrungen, die lebendige Lebewesen gemacht haben, dreigleisig. Das bedeutet, dass Menschen in allen Symptomen eine individuelle Bedeutung sehen.

Die vorrangigste und schwierigste Aufgabe des Arztes sollte es daher sein, sich in die Bedeutungserteilung seiner Patienten einzufühlen (Hontschik 2008).

Zu diesem Zwecke müssen Lebewesen, also Ärzte mit Patienten kommunizieren. Ärzte müssen lernen, subjektiv empfundene Symptome ihrer Patienten als Zeichen zu verstehen, die auf diesem Wege mitzuteilen versuchen, was ihnen fehlt.

So könnte die motorische Ruhelosigkeit und mangelnde Konzentrationsfähigkeit von Kindern Zeichen von fehlender Aufmerksamkeit der Bezugspersonen sein. Oder ein ständiger Harndrang Zeichen dafür, dass Betroffene

unter massivem emotionalem Druck stehen.

Dass emotionaler Stress Harndrang auslöst, kennt jeder aus eigener Erfahrung. Messbar wäre eine Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie. Urologen suchen eingleisig eine Ursache am Ort des Geschehens.

Würden sie kommunizieren anstatt zu untersuchen, bestände die Möglichkeit über belastende Gefühle von Angst, Wut, Depression und Enttäuschung zu sprechen.

Die Bevölkerung der westlichen Welt ist jedoch erfolgreich darauf trainiert, sich der Kontrolle durch Apparate zu unterwerfen. Menschen brauchen ein Gefühl von Sicherheit oder Absicherung im Angesicht der Unsicherheit des modernen und weniger auf Vertrauen basierenden Lebens. So wird die Entfremdung von Körpersignalen und das Wissen darüber, wie es um einen bestellt ist vertieft und gefestigt. (Staufenbiel-Wandschneider 2009).

Der Glaube an technologische Erneuerungen und pharmakologische Forschungs-Einrichtungen verleitet zusehends dazu, Körpersignale an professionelle Helfer zu delegieren in der Hoffnung, dass ein vermeintlicher Defekt mit Hilfe der modernen Medizin repariert werden kann. Weil unangenehme Emotionen die Lebensqualität einschränken, werden sie aus dem Bewusstsein verdrängt. Sie sind jedoch weiterhin aktiv und indizieren über das vegetative Nervensystem psychosomatische Beschwerden.

Richtiger wäre, sich mit den psychosozial belastenden Emotionen, die sich in Körpersignalen äußern, auseinander zusetzen. Betroffene sollten lernen selbst zu handeln, da nur sie in der Lage sind, ihre individuellen Probleme zu bewältigen und nicht die Ärzte mit Hilfe der Pharmaindustrie. Die Konsultation eines Psychotherapeuten ist dabei von großer Wichtigkeit. Patienten sollten sich fragen, ob der Kampf gegen Vorurteile, Abwertung und Unverständnis nicht doch berechtigt ist, anstatt mit Körpersymptomen von Problemen abzulenken. Sie müssen

lernen Schwächen zu akzeptieren und einsehen, dass sie ggf. den Anforderungen nicht gewachsen sind. Das fällt schwer, besonders in unserer auf Leistung orientierten Gesellschaft.

So wird, wie auch bei den ADHS Kindern, die Diagnose zur Belastung, insbesondere für die Eltern, die befürchten dem soziokulturellen Ideal der guten Eltern nicht gerecht zu werden, indem sie ihre Kinder zu erfolgreichen Mitgliedern der Gesellschaft machen. Die daraus resultierenden Schuld- und Schamgefühle machen sie aufgeschlossen für die Theorie von Stoffwechselstörungen des Gehirns, denn sie spricht von Schuld frei.

Auch bei einer überaktiven Blase sind Betroffene und deren Therapeuten einseitig auf somatische Befunde fixiert, da eine körperliche Erkrankung davor beschützt, sich psychosozialen Problemen zu stellen. Andererseits sind somatisch denkende Ärzte oft damit überfordert. Patienten haben Angst als psychisch krank eingestuft zu werden. Dabei ist ein psychosozialer Konflikt alles andere als eine psychiatrische Erkrankung und erfolgreich zu behandeln. Psychotherapie sollte in diesen Fällen mehr den Charakter von Coaching in Lebenskrisen haben, was Betroffene besser akzeptieren würden. Da die krank machenden psychosozialen Konflikte unbewusst sind, bedarf es fachlicher Kompetenz, diese aufzudecken. Die Schulung von Ärzten im Sinne einer psychosomatischen Grundversorgung wäre hilfreich, auch weil sie dazu beiträgt, Körpersymptome unter anderen Aspekten zu betrachten. Ärzte sind dann weniger darauf angewiesen, mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln einen somatischen Befund zu finden, um die Ursache für die Beschwerden zu erklären.

Auffällig ist, dass viele erwachsene Patienten mit den Symptomen einer überaktiven Blase schon als Kinder die Kriterien einer ADHS-Symptomatik erfüllt hätten. Nur weil dieses Krankheitsbild zu damaliger Zeit noch unbekannt war, wurden sie allen-

falls in die Gruppe der Kinder, die damals als „Zappelphilipp“ oder „Hans-guck-in-die-Luft“ auffällig waren, eingestuft. An-

ders ausgedrückt: Es war schon immer ein gesellschaftliches Problem mit derartigen Auffälligkeiten fertig zu werden. Aus

diesem Grunde sind nicht die Kinder krank, sondern die Gesellschaft, die sie in Therapie schickt.

Hinweis zu Veröffentlichungen von Prof. Dr. Ottmar Leiß:

Thure von Uexkülls Theorie der Medizin im Lichte der Interpretationsphilosophie H. Lenks und G. Abels

Zusammenfassung:

Thure von Uexküll wollte den Dualismus einer Medizin für Körper ohne Seelen und einer Psychologie für Seelen ohne Körper überwinden und setzte sich für eine Medizin ein, die biologische, psychische und soziale Aspekte des menschlichen Lebens integriert. Die Interpretationsphilosophie von H. Lenk und G. Abel geht von einer Interpretativität als Grundbedingung allen Lebens aus, postuliert eine drehtürartige Verschränkung von Zeichen und Wirklichkeit und betont die Kontinuität zwischen dem Organischen und Mentalen. Geist ist nicht als privater innerer psy-

chischer Zustand konzipiert, sondern hat seinen Ort und seine Funktion in der öffentlichen und mit anderen Sprechern und Hörern geteilten intersubjektiven Zeichen- und Interpretationspraxis. Die sechs Stufen der Interpretation nach H. Lenk werden biologisch und kulturell stärker untermauert und an Stufen der ärztlichen Diagnostik konkretisiert. Die Interpretationsphilosophie könnte die übergeordnete Theorie darstellen, die Naturwissenschaften und Humanwissenschaften einigt und die Thure von Uexküll vorgeschwebt hat.

Streifzüge
durch ärztliche Welten

nachzulesen in:
„Ärztliche Psychotherapie
4/2009 / Schattauer-Verlag

Philosophisch-erkenntnistheoretisch interessierte AIM-ler können bei Otmar Leiß [OLEISS@aol.com] einen Sonderdruck anfordern oder die ausführlichere Version in den Kapiteln 7 und 8 der „Streifzüge durch ärztliche Welten“ von Ottmar Leiß / Die Graue Edition 54/ 2009 / Prof. Dr. Alfred Schmid-Stiftung, Zug / Schweiz, nachlesen.

Erklärung des Arbeitskreises psychotherapeutisch tätiger Hausärzte Südbaden, gerichtet an den Hausärzteverband Baden-Württemberg

Hier geht es um die Integration der psychotherapeutischen Qualifikation in die organmedizinischen Fächer, insbesondere in die Hausarztmedizin bei gerechter Honorierung.

Ein Auszug aus dem Briefwechsel mit dem Hausärzteverband verdeutlicht den Einsatz des Arbeitskreises psychotherapeutischer Hausärzte in Südbaden und möge als Motor dienen, sich in

weiteren Bundesländern in vergleichbarer Weise um das Thema „sprechende Medizin“ zu kümmern:

An den
Hausärzteverband Ba-Wü

15. 5. 2010

Betr. Budgetierung der Antragspsychotherapie zum 1. 7. 2010

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Gestatten Sie, dass wir uns Ihnen zunächst vorstellen.

Wir sind eine Gruppe von Kolleginnen und Kollegen, die sich -unabhängig von den jeweils geltenden EBMs und RLV - seit vielen Jahren der Psychosomatisch-Psychotherapeutischen Hausarztmedizin verschrieben haben. Wir haben dafür eine weit über die psychosomatische Grundversorgung hinausgehende Ausbildung in Anspruch genommen, die über 3-6 Jahre dauerte, über 20.000 € kostete und der Mehrzahl von uns eine den Fachpsychothe-

rapeuten entsprechende Qualifikation gab. Für die Sinnhaftigkeit dieser Art von Arbeit gibt es vielfältige wissenschaftliche Belege.

Wir wollten jedoch nicht „Nur“-Psychotherapeuten werden, sondern fanden die Umsetzung der 30 Jahre alten Forderung von Thure von Uexküll wichtig, nach der die Integration der psychotherapeutischen Qualifikation in die organmedizinischen Fächer und insbesondere in die Hausarztmedizin nötig sei, um eine integrierte Medizin nach dem biopsychosozialen Modell zu ermöglichen.

Entsprechend haben wir unsere Praxen so ausgerichtet, dass wir die Zahl der Patienten begrenzt haben - je nach Anteil der Psychosomatik/Psychotherapie mehr oder weniger -, um auf diese Weise die zeitintensive Psycho-Arbeit zu ermöglichen. Keine andere Hausarztgruppe erbringt so viele zeitgebundenen Leistungen und zugleich so viele zeitgebundenen Leistungen, die nicht mehr angemessen/kostendeckend bezahlt werden. Vor diesem Hintergrund sind die aktuellen Überlegungen des G-BA zur Budgetierung der Antragspsychotherapie für uns höchst alarmierend und wir möchten Ihnen hier die aus unserer Sicht wesentlichen Gründe gegen diese Kontingentierung anführen und zugleich auf einige Besonderheiten dieser Arbeit hinweisen:

- Bei der Antragspsychotherapie handelt sich um eine der wenigen Leistungen im System der kassenärztlichen Versorgung, die durch einen (häufig sehr aufwendigen) Antrag bei einem Gutachter vorab von der Kasse genehmigt werden muss.
- Sie ist streng zeitgebunden und wird in der Plausibilitätsrechnung mit 70 Min. angesetzt. Sie ist mit ihrem Zeitaufwand nicht beliebig vermehrbar, sondern hat eine natürliche Grenze in unserer Wochenarbeitszeit.
- Durch Genehmigung einer Antragspsychotherapie besteht ein Kontrakt zwischen Arzt-Patient-Krankenkasse und KV. Mit einem heute genehmigten Kontingent legt der behandelnde Arzt sich fest, 25 Stunden bei einer KZT oder bis zu 100 Stunden bei einer LZT mit einem Patienten zu arbeiten- Die Antragspsychotherapie ist somit nicht kurzfristig planbar wie andere Leistungen, die jetzt neu kontingentiert wurden wie z.B. die Akupunktur.
- Die jetzt geplante Kontingentierung wird uns zwingen, unsere gutachterlich genehmigten und vom Patient erwarteten Therapiestunden ab der x-ten Stunde zu einem Satz von wenigen Euro zu erbringen. Das können wir nicht leisten, da wir keine Reserven mehr in anderen Leistungsbereichen haben. Wir wollen aber auch nicht, dass die Patienten die Leidtragenden sind, deren Therapie nicht ordnungsgemäß weitergeführt werden kann.
- Die Psychotherapie verlangt fachlich in besonderer Weise einen aufmerksamen Behandler. Dazu sind klare und verlässliche Strukturen für Patient und Arzt nötig. Ein Arzt, der während der Behandlung durch den Gedanken abgelenkt wird, ob diese Sitzung von 50-60 Min. bezahlt wird, bekommt vom System nicht die nötige strukturelle Klarheit für die Erbringung seiner Tätigkeit.
- In Zeiten extrem zunehmender Morbidität an psychischen und psychosomatischen Erkrankungen mit häufigen Krankschreibungen, vorzeitigen Berentungen und statistischen Aufenthalten ist die Kürzung von ärztlichen psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten in keiner Weise nachvollziehbar.
- Zudem besteht ein Mangel an qualifizierten psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten - insbesondere für komplexe Psychosomaten. Erschwerend für uns kommt hinzu, dass sich „schwierige“ insbesondere psychosomatische Patienten in unseren Praxen sammeln, weil sie in der Routine der anderen Praxen untergehen und diese Patienten oft nur durch intensiviertere spezifische Ausbildung betreubar sind.
- Die spezifischen niederschweligen Therapieangebote (s.u.) speziell in unseren Praxen entfallen damit weitgehend.
- Die Bezugsgröße des Jahres 2008 ist für unsere Arbeit nicht geeignet. Die Antragspsychotherapie wurde in 2008 für uns deutlich schlechter bezahlt als für Fachpsychotherapeuten. 2009 erfolgte dann eine Gleichstellung mit den Fachpsychotherapeuten, so dass wir auch eher mal mit Kassenpatienten eine Psychotherapie beginnen konnten. Für die meisten von uns, stiegen daraufhin die Behandlungszahlen, aber nicht als Ausweg aus dem engen RLV, sondern wegen der damals erfolgten überfälligen Besserbezahlung.
- Organisatorisch und ausbildungstechnisch ist die Psychotherapie ein eigenständiger Bereich. Sie setzt eine entsprechende Praxisorganisation voraus und eine sehr langwierige und teure Ausbildung. Im Rahmen der Allgemeinmedizin eingesetzte Psychotherapie ist mit deutlich höheren Kosten verbunden als eine ausschließlich psychotherapeutische Praxis (insbesondere Raum- und Personalkosten). Eine Einschränkung dieses Sektors kommt einem partiellen Berufsverbot gleich.
- Nach unserer Praxisstruktur würden die Vorgaben, die das Bundessozialgericht 2006 für die Fachpsychotherapeuten über 90% gegeben hat, auch für unsere Praxen zutreffen. Das BSG hatte auch darauf aufmerksam gemacht, dass sich nicht die Mehrheit der Kollegen zulasten von Minderheiten bedienen soll.
- Wir möchten aber auch zu unserer Existenzsicherung nicht erst einen jahrelangen gerichtlichen Weg einschlagen, sondern hoffen, auch i.S. einer Kontinuität unserer Patientenversorgung, auf ein Einsehen unserer hausärztlichen Kollegen, so dass unsere Antragspsychotherapie - wie in anderen Bundesländern jetzt auch geplant -freie Leistung bleibt.

Wenn dagegen zum 1.7.2010 nun auch die Antragspsychotherapie „budgetiert“ werden soll, nehmen Sie uns unser letztes Instrument weg, nachdem in den letzten 14 Jahren

- zunächst die Psychosomatik-Ziffern budgetiert und
- zuletzt auf ein bezahltes Mini-Budget reduziert wurden
- ein 1996 ausgehandeltes 300 Punkte/Patient/Quartal-Kontingent für Sprechende Medizin zunächst gekürzt und dann ganz gestrichen wurde
- die probatorischen Sitzungen nach Zf.35150 erst ganz bezahlt, dann nur noch in einem kleinen Budget abgebildet und schließlich seit 2009 so gut wie kostenlos erbracht werden mussten
- die aufwendigen Gutachter-Anträge, an denen wir bis zu vier Stunden sitzen, zuletzt auch aus dem Hausarzt-RLV erbracht werden mussten

Die Qualifizierte Sprechende Medizin hat bislang nur noch durch den Idealismus der entsprechenden Kollegen überlebt.

Die kontinuierliche Umverteilung der Gelder für Sprechende Leistungen zugunsten der großen Durchschleusepraxen verkennt die spezifischen Möglichkeiten einer integrierten psychosomatisch-psychotherapeutischen Allgemeinmedizin:

- Wir sparen den Kassen viel Geld!! Z.B. kommt eine kleine integriert arbeitende Praxis mit etwa 300 Pat. / Quartal bei um die 60%iger unterdurchschnittlicher Medikamentenverordnung in etwa 15 Jahren auf Einsparungen von über 1 Millionen €. Dafür bedurfte es eines hohen Zeitaufwandes, der überwiegend nicht bezahlt wurde.
- Wir haben eine hohe Rate frühzeitig diagnostizierter psychosomatischer und psychischer Erkrankungen - ein Umstand, dessen Fehlen von vielen Fachkollegen aus der Psychiatrie zu Recht kritisiert wird.
- Wir können für viele Patienten mit chronifizierten psychosomatischen/psychischen Erkrankungen wie Essstörungen, Traumafolgestörungen und Somatoformen Störungen sowie chronisch rezidivierenden Depressionen ein niederschwelliges Behandlungs- und Betreuungskonzept anbieten.
- Wir sind Spezialisten darin, Menschen mit scheinbar nur rein körperlichen Beschwerden dahin zu begleiten, evtl. psychische Anteile ihrer Erkrankungen wahrnehmen zu können und damit einen Ausweg aus z. T. jahrelangem Leid und erfolgloser organmedizinischer Diagnostik und Therapie anzubieten.
- Wir haben eine deutliche bessere Erreichbarkeit als die meisten Fachpsychotherapeuten - deswegen allerdings auch deutlich höhere Praxiskosten.
- Wie ersparen unseren Patientinnen und Patienten (und ökonomisch betrachtet auch den Krankenkassen) mit unserer Betreuung zahlreiche Krankenhausaufenthalte.

Dass eine extrem kostengünstige und vielfach als sinnvoll belegte integrierte psychosomatisch / psychotherapeutisch / allgemeinmedizinische Versorgung nun durch eine Reihe von Umverteilungsmaßnahmen i. d. R. der Mengensteuerung still und heimlich ausradiert werden soll, möchten wir nicht hinnehmen, zudem das in Zeiten knapper Ressourcen immer weniger einleuchtet.

In diesem Sinne appellieren wir an Sie, liebe hausärztliche Kolleginnen und Kollegen, sich für den Erhalt dieser Kompetenz und dieser Möglichkeit integrierter Arbeit einzusetzen.

Wir hoffen sehr auf Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung.

Nachtrag: „es hat alles nichts genutzt... Unsere Antragspsychotherapie wird nicht mehr wie bisher bezahlt“ (Jochen Schirmer, Freiburg)

Die Bezahlung der Antragspsychotherapie ist für die psychotherapeutisch tätigen Allgemeinmediziner in Baden Württemberg ab 1.7.2010 wieder unsicher!

Georg Romer, Miriam Haagen: Kinder körperlich kranker Eltern

Göttingen: Hogrefe 2007, 169 S., € 26,95

Rezensionen

Die beiden Autoren haben in diesem Buch ihre Erfahrungen in der von ihnen geleiteten „Sprechstunde für Kinder körperlich kranker Eltern“ an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf zusammengetragen

und wissenschaftlich aufgearbeitet. Schon im Vorwort weist der inzwischen verstorbene Direktor der Klinik, Peter Riedesser, darauf hin, dass die vor über hundert Jahren von S. Freud beschriebenen Patientinnen Kinder kranker Eltern gewesen seien. Sie hätten ihn veranlasst, seine

erste Traumatheorie zu entwickeln. Später wurde anhand epidemiologischer Untersuchungen belegt, dass Kinder mit kranken Eltern eine Risikogruppe für die Entwicklung später auftretender psychischer Erkrankungen sind, weil ihnen oft situationsbedingt keine ausreichende emotionale

Unterstützung zu Verfügung gestellt werden konnte. Das Angebot einer familienorientierten Beratung hat somit eine wichtige präventive Bedeutung.

Die schwere Erkrankung eines Elternteils hat für die Beziehungsdynamik der gesamten Familie eine weit reichende Auswirkung. Sie kann günstigenfalls zu einer Reifung führen, andererseits aber auch zu einem Zusammenbruch des familiären Gefüges. Kinder verarbeiten die elterliche Erkrankung entsprechend ihrer altersspezifischen Entwicklungsphasen vom Säugling bis in die Pubertät mit unterschiedlichen Ängsten, die die Autoren ausführlich beschreiben. Sie betonen, dass ein offener Umgang mit der bedrohlichen Wirklichkeit weniger ängstigend ist als die Erfahrung, mit den Fantasien und Sorgen allein gelassen zu werden.

Speziellen, häufiger auftretenden Erkrankungen der Eltern, die in der Praxis der Autoren eine besondere Relevanz hatten, haben sie besondere Aufmerksamkeit geschenkt: Krebserkrankungen (Brustkrebs, Leukämien, Hirntumoren), Multiple Sklerose und AIDS. Insbesondere die „Darmokles-Situation“ einer ungewissen Prognose sowie das durch die Erkrankung und ihre Therapie veränderte Erscheinungsbild führen häufig zu Sprachlosigkeit und massiven Verunsicherungen. Die Art des Umgangs der Erwachsenen mit diesen Veränderungen habe eine modellbildende Funktion für die Kinder.

Der einem Verlust folgende Trauerprozess, so die Autoren, verläuft bei Kindern, in Abhängigkeit von ihrem Alter, anders als bei Erwachsenen. So wird zum Beispiel die Endgültigkeit des Todes erst bei 6-8 Jährigen verstanden. Somatisierungen sind in dieser Altersgruppe häufiger zu beobachten. Im Alter von 12-

14 finden sie häufig die Sorge um die Gesundheit des verbliebenen Elternteils.

Die Prognose für eine potentiell traumatische Risikobelastung ist abhängig von vorhandenen Schutzfaktoren wie zum Beispiel einer verlässlichen Bindungsbeziehung in der frühen Kindheit. Wichtig sei auch, dass der verbliebene Elternteil sich emotional den Kindern zu Verfügung stellen könne. Die Art der Information über das Sterben sei ein entscheidender Faktor für die Verarbeitung des Verlustes. Den Kindern müsse die Möglichkeit gegeben werden, Fragen zu stellen und nach angemessener Vorbereitung an der Familientrauer teilzunehmen.

Das in der Hamburger Beratungsstelle COSIP (Children of Somatically Ill Parents) praktizierte Vorgehen mit einem flexiblen, aber grundsätzlich familientherapeutischen Interventionsrepertoire wird ausführlich mit seinen Zielsetzungen beschrieben. Solche sind zum Beispiel die Reduktion einer altersunangemessenen Parentifizierung der Kinder oder eine Förderung aktiver Bewältigungsstrategien. Ambivalenzen sollten offen kommuniziert und integriert werden. Einer antizipierenden Trauerarbeit wird eine zentrale Bedeutung beigemessen. Die für diese Aufgaben angewandten unterschiedlichen Settings (Elterngespräche, Gespräche mit den Kindern und Jugendlichen, Familiengespräche, eventuell auch Kriseninterventionen im Krankenhaus) werden differenziert für die jeweils möglichen Anliegen praxisnah diskutiert.

Die sich durch Krankheit, Sterben und Tod ergebenden Problemkonstellationen können zu schwierigen therapeutischen Situationen führen, zum Beispiel, wenn Kinder Schuldgefühle bekommen, weil sie sich innerlich

auf Ersatzeltern eingestellt haben - oder das Leid durch eine schwere Erkrankung das Familienleben so überschattet, dass der Tod als Erlösung fantasiert wird. Auch möglicherweise im Kontext schwerer Erkrankungen bestehende familiäre Probleme wie Trennungskonflikte oder kaum noch zu bewältigende Dauerüberlastungen können zu therapeutischen Herausforderungen werden. Drei exemplarische Beratungsverläufe werden vorgestellt, bei denen sich die Leser einen Eindruck von der Komplexität der Problematik und der Differenziertheit des therapeutischen Procedere machen können. In dem Résumé der Autoren „Krankheit ist eine Familienangelegenheit“ und „Kinder sind Angehörige“ plädieren die Autoren abschließend für einen im besten Sinne bio-psycho-sozialen Zugang zu der von ihnen behandelten Problematik wie sie die Familienmedizin konzeptuell vertritt. Das Buch liest sich spannend und überzeugt, weil große Erfahrung und ein ebenso großes Engagement spürbar werden. Leserfreundlich sind stichwortartige Zusammenfassungen der jeweils beschriebenen Kernprobleme an den Seitenrändern. Durch den Text ziehen sich empathisch beschriebene, eindrucksvolle und auch anrührende Fallbeispiele betroffener Familien aus der Perspektive der Kinder, die durch fundierte entwicklungspsychologische Kenntnisse und Heranziehung wissenschaftlicher Untersuchungen abgerundet sind. Es ist dem Buch zu wünschen, dass es eine breite Leserschaft findet - insbesondere unter Haus- und Kinderärzten und Kinderpsychotherapeuten, aber auch unter Erziehern und Lehrern.

Antje Haag

Paul Unschuld: Ware Gesundheit - das Ende der klassischen Medizin.

München: C.H.Beck 2009, 124 S., € 9,95

Die Zeiten einer den Naturwissenschaften verbundenen und zugleich dem Humanen zugewandten Medizin, getragen von einem solidarischen Gesundheitssystem, scheinen dem Ende entgegen zu gehen. Mit einem nur 110-seitigen Büchlein schafft es Paul Unschuld, den Leser auf den Boden dieser neuen Realität zu holen.

Der Medizinhistoriker spannt einen Bogen vom Medizinverständnis der Antike über die Vorstellungen der Heilkundler im Mittelalter bis in die Neuzeit - in die Ideenwelt der Volksgesundheit. Er landet schließlich in unserer „an industriellen Normen orientierten Gesundheitswirtschaft“.

Medizin und Heilkunde werden als das zu der jeweiligen Gesell-

schaft entsprechende Pendant gezeigt, dem Lauf der Geschichte folgend, in ständiger Veränderung begriffen. Das uns vertraute solidarische Gesundheitssystem ist entstanden in einer Zeit, in der die Gesundheit des Individuums für Industrie und Armee zum Machterhalt unabdingbar war. Bei Millionen von Arbeitslosen ist das heute längst kein Problem mehr. Die Gesunden rücken in den Mittelpunkt des Interesses, und so gesehen leuchtet es ein, dass das uns vertraute Solidarsystem derzeit dem Gesundheitsmarkt Platz machen soll. Macht entsteht durch Marktanteil. Die Verantwortung für die persönliche Gesundheit wird dem Individuum zurückgegeben, als Diener des Marktes hat es alle Möglichkeiten.

Unschulds Analyse ist eine hervorragende Diskussionsgrundlage für alle an der Humanmedizin und an der gesundheitspolitischen Diskussion Interessierten. Am Ende muss jeder selbst nach einer Antwort auf den Untertitel suchen: Ob nämlich das Ende der klassischen Medizin tatsächlich bevorsteht, und, wenn ja: ob es sich lohnt, Solidarität und Humanität vor dem Zugriff der Marktmechanismen zu retten. Das Büchlein eröffnet interessante Blickwinkel, macht Verwirrendes endlich durchschaubar, und ist außerdem auch spannend zu lesen.

Gisela Volck

Claire Moore, Ulla Stammermann: Bewegung aus dem Trauma Traumazentrierte Tanz- und Bewegungstherapie

Stuttgart: Schattauer Verlag 2009

Da ist ein Fachbuch auf den Markt gekommen, das nicht nur Wissen und Erfahrung vermittelt, sondern auch den Leser in seinen Bann zieht und berührt. Es geht um die tanz- und bewegungstherapeutische Arbeit mit traumatisierten Menschen, mit Menschen deren Körper-Selbst tief verletzt ist, die die Verbindung zu sich und der Welt verloren haben.

Die Autoren geben den Lesern in ihre Praxisarbeit anhand eindrucksvoller Fallvignetten Einblick und eröffnen ihm zugleich Zugang zu den Möglichkeiten der Tanz- und Bewegungstherapie in der Behandlung traumatisierter Menschen. Die Form der Darstellung läßt miterleben und mitempfinden. Der übergeordnete Ansatz, der sich durch die Beiträge zieht, ist das Modell der Integrierten Medizin, ein bio-

psycho-soziales Systemmodell, hier unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung von nonverbaler Kommunikation, des Körpers mit seinen Ausdrucks- und Empfindungsmöglichkeiten.

Der Weg „Von der Praxis zur Theorie“ (Teil I) wird anhand von Einzelfallstudien, der Behandlung nach häuslicher Gewalt, früher komplexer Gewalt, nach medizinischen Eingriffen und nach frühen Bindungsstörungen nachvollziehbar.

Im Rahmen „Interdisziplinärer Behandlungsansätze“ (Teil II) werden verschiedene Traumatherapiekonzepte vorgestellt, den bekannten Traumatherapieprinzipien - Stabilisierung, Konfrontation, Integration - folgend, immer der Wechselwirkung von Körper und Psyche auf der Spur. Die Darstellung läßt den Leser

an dem Prozess der therapeutischen Arbeit mit Menschen und Gruppen am Rand der Gesellschaft, schwer traumatisierten körperlich Behinderten, traumatisierten Flüchtlingen, kriegstraumatisierten Kindern, teilnehmen.

Im letzten Abschnitt „Konzeptualisierungsversuche für traumazentrierte Behandlung und Beratung“ (Teil III) werden konkrete Behandlungsansätze beschrieben: wie Bewegungsanalyse, therapeutische Bewegungsbeziehung und künstlerische Prozesse der Gestaltung und Symbolisierung der gestörten Affektregulation begegnen, die Selbstentfremdung bewältigen und die Dissoziation überwinden; wie eine entwicklungsorientierte Sichtweise auf den Körper Defizite aufzeigt und Nachentwicklung möglich macht; wie in einer multimodalen trau-

mazentrierten Tanztherapie die Realitätsverwirrung traumatisierter Menschen aufgelöst werden kann.

Nebenbei wird unaufdringlich, sich durch das ganze Buch ziehend, auf die neurobiologischen Erkenntnisse der letzten Jahre verwiesen, z. B. der Nachweis,

dass Gefühlsempfindungen immer Körperempfindungen vorausgehen (Damasio), Erklärungen des in der Praxis längst Beobachteten.

Der Bogen der aufgearbeiteten Literatur ist weit, von Th. von Uexküll bis A. Damasio, von J. Bowlby bis D. Stern, von DW. Winnicott bis L. Reddemann, von

AJ. Kestenberg bis R. Laban, usw.. Das ist Ausdruck eines fundierten Überblicks und Hinweis auf die Entwicklung eines integrierten Konzeptes.

Es lohnt sich, das Buch zu lesen, es eröffnet neue Welten!

Gisela Volck

Vera Kalitzkus:

Dein Tod, mein Leben

Warum wir Organspenden richtig finden und trotzdem davor zurückschrecken

Frankfurt a/M: Suhrkamp 2009 (Suhrkamp-Taschenbuch 4114) € 8,50

Organspenden:
Eigene Haltung entwickeln

Wir brauchen mehr Organe! Diesen Imperativ in der Organspendediskussion ist man mittlerweile gewöhnt, es scheint, als müsse er nur oft genug wiederholt werden, um in Erfüllung zu gehen.

Sie brauchen eine Haltung! So könnte das Resümee aus dem Buch von Vera Kalitzkus lauten. Kalitzkus nähert sich als Ethnologin dem Thema Tod viel umfassender, als es die Medizin kann beziehungsweise tut. Sie bezieht historische und kulturelle Aspekte der Todesdefinition in ihre Überlegungen mit ein, aber trotz ihres nahezu durchgehend neutralen, deskriptiven Tons wird spürbar, dass ihr die

Vorgänge selbst nicht so ganz geheuer sind. Zu groß scheint das affektive Unbehagen, das die meisten von uns überkommt, wenn wir uns mit dem Tod und Sterben auseinandersetzen. Hilfreich und lesenswert für jeden Arzt sind die beiden Kapitel zur Leibesvisitation, in denen sie sehr anschaulich den Unterschied zwischen Körperhaben und Leib-sein darstellt.

Die Sachverhalte sind erstaunlich präzise beschrieben, inhaltliche Fehler gibt es kaum. Wer sich noch nie mit der Transplantationsmedizin auseinandergesetzt hat, findet hier alles, was er wissen muss. Mit vielen Zitaten ist das Buch trotz des schweren Themas angenehm leicht zu lesen. Die große Leistung Kalitzkus' liegt aber darin,

der schon im Titel deutlich werdenden Ambivalenz, die mit der Organspende verbunden ist, Raum zu geben, ohne sie auflösen zu wollen. Sie lässt alle zu Wort kommen: Pflegekräfte und Ärzte, die zweifeln, ob ihr Patient tot ist, Angehörige, die nicht wissen, was ihr Verstorbener gewollt hätte, Transplantatempfänger, die unsicher sind, was sie nach ihrem zweiten Geburtstag erwartet. Sie hält diesen Spannungsbogen aufrecht, sie will ihn nicht überwinden. Das überlässt sie dem Leser, der eben eine eigene Haltung entwickeln soll.

Sven Eisenreich

Thomas M. H. Bergner: Wie geht`s uns denn?

Ärztliche Kommunikation optimieren
Stuttgart: Schattauer Verlag 2009

Hier wird Kommunikation noch ernst genommen! Der in Sachen „Burnout“ kompetente Autor (2006 Burnout bei Ärzten, 2007 Burnout- Prävention) weiß, wie bedeutungsvoll zufrieden stellende Kommunikation für das Überleben auf Patienten- und Arztseite ist.

Der Titel „Wie geht`s uns denn?“ fragt nach beiden Seiten, dem Patienten und dem Arzt selbst einerseits und andererseits kritisiert er die gedankenlose Floskel. Kaleidoskopartig werden verschiedenste Aspekte der Kommunikation zusammengetragen, angefangen bei Kommunikationstheorien, über Körpersprache, Ge-

sprächsführung, Arztrolle bis hin zur Analyse schwieriger Gespräche und möglicher Fehler. Begriffe wie gegenseitige Wertschätzung, Achtung, Würdigung, Empathie, Transparenz und Ehrlichkeit durchziehen das Buch und beschreiben das Anspruchsniveau.

„Wie geht`s uns denn? - ärztliche Kommunikation optimieren“ regt zur Reflexion der eigenen Kommunikation an und macht Lust neue Wege zu gehen. Das ist wohltuend und bereichernd, besonders in Anbetracht der Pflichtlektüren, wie z.B. die hessische hausärztliche Leitlinie zur hausärztlichen Gesprächsführung, die einem Rezeptbuch

gleichkommt, und all die anderen Leitlinien, die das kommunikative Realitätsprinzip weitgehend missachten.

Offen bleibt die Frage, was Geistes Kind der Autor ist, ob er wohl ein Theoriegebäude hat? Wie dem auch sei, er versteht es die interessanten und intelligenten Aspekte aus den Bereichen der Kommunikationstheorie, der Beziehungstheorie und der Kunst der Gesprächsführung aufzugreifen und dem Leser verständlich darzubieten.

Gisela Volck

Famulatur oder Praktikum im Bereich der Integrierten Medizin Integrierte Medizin praktisch kennen lernen!

Wer kann sich die Betreuung eines Famulanten oder Praktikanten
in seinem Tätigkeitsbereich vorstellen?
Wir vom AIM-Telegramm und Vorstand sind den
Suchenden und Anbietenden gerne behilflich.

www.karikatur-cartoon.de



© ROGER SCHMIDT WWW.KARIKATUR-CARTOON.DE



© ROGER SCHMIDT, 2006 WWW.KARIKATUR-CARTOON.DE

Kontaktadressen der Uexküll-Akademie und Regionalgruppen

Sekretariat

der Uexküll Akademie für Integrierte Medizin

Dr. med. Wulf Bertram / Sekretär der AIM
Schattauer Verlag
Hölderlinstr.3
70174 Stuttgart
Tel 0711/ 22987 18 oder 32, Fax 0711/ 22987 50
Email: sekretaer@uexkuell-akademie.de

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@uexkuell-akademie.de

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

Berlin-Brandenburg: Harald Kamps
Möllendorfstr. 45, 10367 Berlin
Tel: 030/57797490
Email: berlin@uexkuell-akademie.de

Frankfurt: Dr. med. Gisela Volck
Löwengasse 27L, 60385 Frankfurt
Tel 069/455938, Fax 069/451114
Email: frankfurt@uexkuell-akademie.de

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

Hamburg: Prof. Dr. med. Christoph Schmeling-Kludas
Krankenhaus Ginsterhof
Metzendorfer Weg 21, 21224 Rosengarten
Tel 04108/598-104, Fax 04108/598-234
Email: hamburg@uexkuell-akademie.de

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

München: Dr. med. Herbert Kappauf
Oßwaldstr. 1a, 82319 Starnberg
Tel 08151/5593-02, Fax 08151/5593-03
Email: muenchen@uexkuell-akademie.de

Münster: Anke Dalhoff
Hörsterstr. 32, 48143 Münster
Tel 0251/20535294
Email: muenster@uexkuell-akademie.de

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

Wiesbaden: Dr. med. Ludger Albers
Taunusstr. 7, 65183 Wiesbaden
Tel 0611/5326073
Email: wiesbaden@uexkuell-akademie.de

Alle Informationen, aktuelle Nachrichten,
Tagungstermine, Tagungsberichte, Verzeichnis der verfügbaren Tagungs-CDs / DVDs, Adressen etc. zur
Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin
finden Sie auf unserer Website:

www.uexkuell-akademie.de

NA, HABEN WIR WIEDER AN
DER VORSORGEUNTERSUCHUNG
GESPART?

