

8 ›Reflektierte Kasuistik‹ – Reflektionen zu Störungen im doppelten Situationskreis des Arzt-Patienten-Verhältnisses und Möglichkeiten der Wiederherstellung von Resonanz

»Da der Arzt selbst, worauf schon Balint (1957) hingewiesen hat, sein wichtigstes diagnostisches und therapeutisches ›Instrument‹ ist, hat er auch seinen Patienten gegenüber eine besondere Verantwortung für dieses Instrument. Es sollte eine unabdingbare Forderung für die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung sein, dieses diagnostische und therapeutische ›Instrument‹ auch möglichst genau kennen zu lernen. Dies kann wohl nur in einem qualifizierten Selbsterfahrungsprozess geschehen.«

»Nur ein ausgeglichener und in sich gefestigter Arzt wird seinen Patienten wirklich helfen können.«

Thure von Uexküll/W. Wesiak (1a)

8.1 ›Reflektierte Kasuistik‹ als methodisches Werkzeug der Integrierten Medizin

Im Einleitungskapitel zur ›Integrierten Medizin‹ schreibt Thure von Uexküll: »Die ›Akademie für Integrierte Medizin‹ verfolgt das Ziel, die Chancen dieser aktuellen Entwicklung [des neuen Verständnisses von Modellen (Anmerkung des Verfassers)] zu erkennen und in begründbare Praxis umzusetzen. Zentral dafür ist unsere Methode der ›Reflektierten Kasuistik‹, die Praxis von der Theorie her und die Theorie von der Praxis her durchsichtig machen soll. Zu diesem Zweck reflektiert sie

Krankengeschichten unter drei Aspekten: der Geschichte einer Krankheit, der Geschichte eines Kranken und der Geschichte der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Für diesen Zugang ist es unerlässlich, mit dem Kranken eine Kommunikation aufzubauen, d.h. eine gemeinsame Wirklichkeit zu konstruieren» (2a).

Was unterscheidet die Methode der ›Reflektierten Kasuistik‹ von der Arbeit in Balint-Gruppen? Wie brauchbar sind die Methoden? Wie und warum wirken sie? Wie kann man ihre Funktionsweise an einfachen Modellen verständlich machen? Diese und andere Fragen sollen in der nachfolgenden Übersicht diskutiert und beantwortet werden.

8.2 Vom Situationskreis Thure von Uexkülls zum doppelten Situationskreis

Ausgangspunkt ärztlicher Tätigkeit ist der Patient, der mit körperlichen Beschwerden und mit Ängsten und Sorgen in die Praxis kommt. Er will Klarheit bekommen, ob hinter seinen Beschwerden etwas Ernstes steckt, und will wissen, was er tun kann, um die Beschwerden zu lindern (3).

8.2.1 Der Situationskreis des Menschen und die Bedeutung des Deutens

Thure von Uexküll hat den von seinem Vater, dem Biologen Jakob von Uexküll entwickelten Funktionskreis tierischen Verhaltens (4) zum menschlichen Situationskreis weiterentwickelt (5,6) und hat deuten und interpretieren als zentrales Charakteristikum des Menschen gegenüber dem Tier herausgestellt. Beim Menschen sind zwischen ›Merkwelt‹ und ›Wirkwelt‹ des Tieres das Deuten und die innere Probehandlung zwischengeschaltet. Tierisches Verhalten erfolgt aus der Perspektive eines *Beobachters 1. Ordnung* (als teilnehmender Beobachter (2b)) aus leiblicher Zentralität (7), von außen gesehen erscheint das Verhalten – in der Sprache der Kybernetik – wie das einer ›trivialen Maschine‹ (2b,8). Menschliches Verhalten ist komplexer, weniger vorhersehbar, von Bedeutungserteilungen abhängig, es erfolgt aus der Perspektive eines *Beobachters 2. Ordnung* (als technischer Beobachter (2b)), erfolgt aus Plessners ›exzentrischer Positionalität‹ (7,9) und von außen erscheint das Verhalten wie das einer ›nicht-trivialen Maschine‹ (2b,8).

Ein Mensch, bei dem sich z.B. die äußere Umwelt erheblich verändert hat, der mit seinen Anpassungsbemühungen, seinen begrenzten oder erstarrten Deutungsversuchen, scheitert und der unter der Passungsstörung seines Organismus mit seiner Umwelt (5,6) leidet, sucht Hilfe bei einem anderen Menschen, insbesondere bei einem Menschen, den die Gesellschaft als Experten für Deutungshilfe bei Passungsstörungen von Organismus und Umwelt ansieht, einem Naturheiler, Weisen, oder Arzt (10).

8.2.2 Das Unbehagen an der modernen Medizin und die Bedeutung des ärztlichen Gesprächs

Von Paul Lüth stammt der Hinweis, dass die moderne Medizin da, wo sie erfolgreich ist, in der Regel stumm ist (11a). Die stumme, die auf technisch Machbares fokussierte, die moderne Medizin bedarf kompensatorisch des ausführlichen Gesprächs zwischen Arzt und Patient, um eine menschliche, eine ‚humane‘ Medizin zu bleiben (12). Dies kann nur durch Rückbesinnung auf die der Medizin zugrunde liegende Basis, die Arzt-Patienten-Beziehung, gewährleistet werden. »Für das ärztliche Gespräch gibt es keinen Ersatz« (11b).

8.2.3 Der doppelte Situationskreis als grafisches Modell der Arzt-Patient-Interaktion

Ein Patient, der Beschwerden hat, die er allein nicht deuten kann, der (Deutungs-) Hilfe bei einem Arzt sucht und sich einem Arzt anvertraut, ist Ausgangspunkt aller Patienten-Arzt-Interaktionen. Für diese Ausgangssituation der Medizin, dass jemand mit seinen eigenen Anpassungs- und Deutungsversuchen nicht klarkommt und die Hilfe eines anderen benötigt, haben Thure von Uexküll und Wolfgang Weisiak das Modell des doppelten Situationskreises entwickelt (5,6,13). Grafisch ist dieses Modell in Abb. 8.1 dargestellt (13). Die spiegelbildlich zueinander angeordneten Situationskreise von Patient (linke Bildhälfte) und Arzt (rechte Bildhälfte) sind durch ein Feld miteinander verbunden, das das gemeinsame Feld des ‚Deutens‘ und die deutend geschaffene gemeinsame Wirklichkeit symbolisieren soll. Erst wenn dieses Feld in wiederholten diagnostisch-therapeutischen Zirkeln des gemeinsamen Durchlaufens im wahrsten Sinne des Wortes ‚beackert‘ wurde, kann versucht werden, durch resultierende, initial durchaus noch nicht optimale und daher zu wiederholende Eingriffe in den ‚Wirkwelt-Teil‘ der Umwelt eine neue Passung von Organismus und Umwelt zu erreichen.

8.3 Balint-Gruppen versus Seminare zur ‚Reflektierten Kasuistik‘

Michael Balint (1896-1970) hatte nach dem Medizinstudium in den 1920er-Jahren eine psychoanalytische Ausbildung bei Sandor Ferenczi in Budapest erhalten. 1935 wurde er als Nachfolger von Ferenczi Direktor des Budapester Psychoanalytischen Instituts. Aufgrund der politischen Verhältnisse in Ungarn emigrierte er 1939 nach England, zunächst nach Manchester und später nach London. 1947 nahm er seine Arbeit an der Londoner Tavistock Clinic auf, wo er, zusammen mit seiner späteren Frau Enid Balint, am *Family Discussion Bureau* über Wirkungen der fröhkindlichen Erfahrung und der frühen Mutter-Kind-Beziehung arbeitete. In den 1950er-Jahren

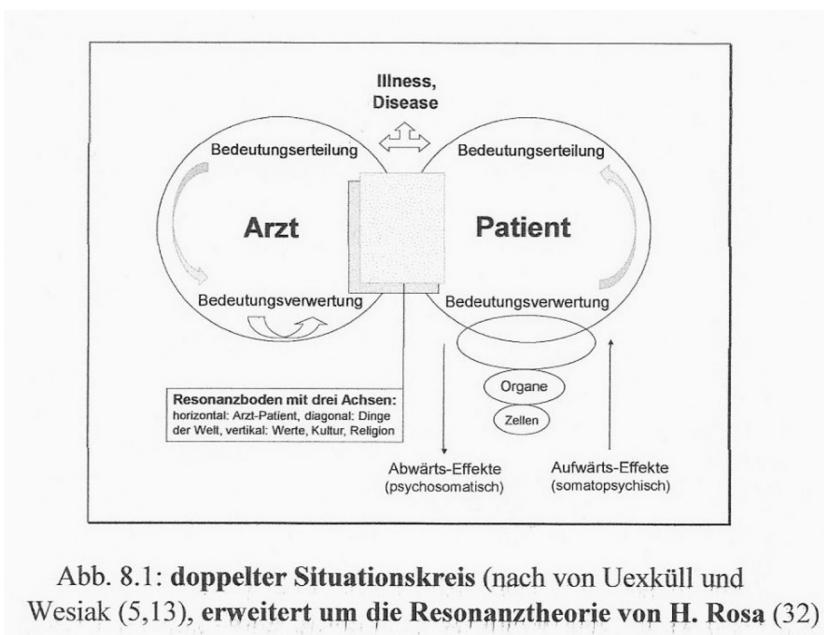


Abb. 8.1: **doppelter Situationskreis** (nach von Uexküll und Wesiak (5,13), erweitert um die **Resonanztheorie von H. Rosa** (32))

setzte er sich für eine Weiterbildung von Hausärzten und Allgemeinärzten in Psychosomatik und kleiner Psychotherapie ein (14) und initiierte an der *Tavistock Clinic* eine Reflexions-Gruppe für Ärzte (>Balint-Gruppe<), bei der in Form einer Supervision die Beziehung der Ärzte zu ihren Patienten psychoanalytisch thematisiert wurde.

8.3.1 Die >Droge Arzt<

Michael Balint hat 1957 den Begriff der >Droge Arzt< geprägt und darauf hingewiesen, »dass es für dieses hochwichtige Medikament noch keine Pharmakologie gibt. Um es auf eine Weise auszudrücken, die dem Arzt vertraut ist: in keinem Lehrbuch steht etwas über die Dosierung, in welcher der Arzt sich selbst verschreiben soll, nichts über Form und Häufigkeit, nichts über heilende oder erhaltende Dosen usw. Noch beunruhigender ist der Mangel an Literatur über die Risiken dieses Medikaments, über die vielfältigen allergischen Zustände, auf die man die Patienten zu beobachten hat oder über etwaige unerwünschte Nebenwirkungen« (15a).

Die >Droge Arzt< ist eine wesentliche Ursache für das, was allgemein als >Placebo-Effekt< bezeichnet wird. Zahlreiche Studien der letzten Jahrzehnte haben versucht, die Mechanismen von Placebo-Effekten zu verstehen (16). Trotz beachtlicher Fortschritte im wissenschaftlichen Verständnis von Placebo- und Nocebo-Effekten (17)

sind jedoch die praktischen Kenntnisse der Ärzte zur Pharmakologie des ärztlichen Wortes, zu seiner Galenik, zu Interaktionen bei der Resorption, zum ‚First-pass-Effekt‘ (zum einen Ohr ‚rein, zum anderen ‚raus) und zur Bioverfügbarkeit (Lebensnähe) nach wie vor unzureichend, sodass das Potenzial dieses ‚Pharmakons‘ nicht optimal genutzt wird oder erst in veränderter Dosierung und/oder nach verändertem Applikationsintervallen im ‚therapeutischen Bereich‘ liegt (18).

8.3.2 Differenzierte Settings der Balint-Gruppenarbeit

K. Rappe-Giesecke hat Stärken und Grenzen der Balint-Gruppenarbeit ausführlich erörtert und sie in Beziehung zu Supervision und Organisationsberatung gesetzt (19). Sie beschreibt, dass sich im Laufe der letzten Jahrzehnte »unterschiedliche Settings mit unterschiedlichen Zielen, unterschiedlichen Zusammensetzungen der Mitglieder und sicher auch unterschiedlichen Vorgehensweisen der Leiterinnen und Leiter« (19) herausgebildet haben. Sie unterscheidet sechs Typen von Balint-Gruppenarbeit, die in Tabelle 8.1 zusammengefasst sind.

Ihrer Auffassung nach entspricht das ideale Setting der Balint-Gruppenarbeit den in Tabelle 1 unter 1, 2 und 3 skizzierten Typen und weist folgende Merkmale auf (19):

- Die 8-12 Gruppenmitglieder gehören der gleichen Profession an.
- Es handelt sich um erfahrene Praktiker.
- Sie gehören verschiedenen Organisationen an, d.h., es bestehen egalitäre Beziehungen der Gruppenmitgliedern untereinander und keinerlei berufliche Abhängigkeiten voneinander.
- Die Gruppenleitung gehört entweder der gleichen Profession an und kennt die Programme und mentalen Modelle der Profession gut oder sie hat ein hinreichendes Maß an Feldkompetenz und Erfahrung in der Moderation.

8.3.3 Balints Ziele und sein Ansatz eines ‚Trainings cum research‘

Balints Bemühen galt der Anwendung psychoanalytischen Wissens und psychoanalytischer Techniken auf die Arzt-Patienten-Beziehung und einem Entwurf einer Pharmakologie und Toxikologie der ‚Droge Arzt‘ (15a). Aufgrund seiner persönlichen Erfahrungen als jüdischer Emigrant war ihm eine konsequente Abkehr von autoritärem Denken und Handeln und ein Verzicht auf die ‚apostolische Funktion‘ des Arztes (15b) besonders wichtig.

Um sein Ziel zu erreichen, die Stellung der Allgemeinmedizin im Spektrum der medizinischen Disziplinen zu stärken und durch Entwicklung bestimmter Fertigkeiten die therapeutische Kompetenz von Allgemeinärzten zu erweitern, entwickelte er sein Konzept der Gruppenarbeit im Rahmen von Fallbesprechungen

Tabelle 8.1: Differenzierte Settings von Balint-Gruppenarbeit (nach Rappe-Giesecke (19))

Typ	Ziel	Mitglieder-Zusammensetzung
1. Training-cum-research-Gruppen		
	Professionsentwicklung; Praxis der Ärzte Beforschen und diese darin zu trainieren, eine neue Haltung gegenüber ihren Patienten einzunehmen	Ärzte für Allgemeinmedizin, Psychotherapeuten
2. klassische Balint-Gruppenarbeit		
	Beziehungstraining; Training in Beziehungsdiagnostik und Umsetzung in die tägliche Praxis	Gruppenmitglieder sollten nicht voneinander beruflich abhängig sein oder sich noch in Ausbildung befinden; Leitung gehört gleicher Profession an wie die Teilnehmer
3. Professionshomogene Gruppen		
	Rekonstruktion der professionellen Maximen, die das Handeln mehr oder weniger latent steuern; Konzentration auf Fallarbeit	Teilnehmer gehören derselben Profession an Leitung muss nicht gleicher Profession angehören
4. Ausbildungssupervision		
	verpflichtende Ausbildungssupervision; Balint-Gruppe ist nicht autonom, sondern in ein übergreifendes Ausbildungssystem eingebunden; Unterstützung bei der Entwicklung einer professionellen Identität	Ärzte im praktischen Jahr oder Ärzte, die den Zusatztitel Psychotherapie erwerben wollen; Leitung kann variabel sein: Balint-Gruppenleiter, Experte für die Profession oder die Methode
5. Fallbezogene Supervision mit Teams		
	Training der Interaktionen im Team; Koordination der Zusammenarbeit bei unterschiedlichen Professionen oder Funktionen	Subsystem einer Organisation z.B. Station einer Psychiatr. Abteilung, Einheit einer Intensivstation, Team einer Gemeinschaftspraxis; Konzentration auf Fallarbeit schwierig
6. Fallbezogene abteilungsübergreifende Supervision		
	Besprechung von Profession-Klient-Beziehung	Mitglieder einer Profession, die innerhalb einer größeren Organisation in verschiedenen Abteilungen arbeiten; Mitglieder sind nicht in der Weise voneinander abhängig wie im Team

(15c). In einem offenen, partnerschaftlichen und neugierigen Dialog sollte der Kollegin/dem Kollegen, die/der über einen ›Fall‹ berichtet, d.h. die Geschichte eines

Patienten vorstellt, der ihr/ihm Sorge bereitet, zu dem ihr/ihm kein richtiger Draht gelingt und der ihr/ihm nicht mehr aus dem Kopf geht, durch ‚Widerspiegelungsphänomene‘ (20) Optionen aufgezeigt werden, die ihr/ihm helfen, eigene Denkmuster zu überwinden und neue Wege zu erproben (20-23). Per intentionem stellt eine Balint-Gruppe keine Selbsterfahrungsgruppe dar, per effectum kann jedoch das methodische Vorgehen in der Balint-Gruppe als ‚Patienten-zentrierte Selbsterfahrung‘ (23) bezeichnet werden – in Abgrenzung zur analytisch oder tiefenpsychologisch orientierten Selbsterfahrung.

Balint verfolgte sein Ziel einer Kompetenzerweiterung von Allgemeinärzten mithilfe einer bestimmten Methodik, die auf folgenden Prinzipien beruhte (20-24):

- Non-direktiver Zugang zum Patienten
- Offenheit gegenüber den zur Sprache kommenden Inhalten und begleitenden Emotionen
- Fähigkeit zuzuhören und sich in Geduld zu üben
- Reflektion der eigenen Gefühle und Phantasien
- Wahrnehmung der Rollenerwartungen und Rollenzuschreibungen an mich als Arzt

8.3.4 Balint-Gruppenarbeit versus Seminare zur ‚Reflektierten Kasuistik‘

Werner Geigges (24) und Philipp Herzog (25) haben die Balint-Gruppenarbeit mit der Arbeit in Seminaren zur ‚Reflektierten Kasuistik‘ verglichen. Sie unterstreichen, dass die o.a. methodischen Aspekte für die Balint-Gruppenarbeit und die Arbeit in Seminaren zur ‚Reflektierten Kasuistik‘ gleichermaßen zutreffen. Geigges betont, dass das psychodynamische Denken Balints eine notwendige Ergänzung biomedizinischer Betrachtungsweisen in der Medizin darstellt, und dass die von Balint entwickelte Methodik von Fallbesprechungen in Gruppen gleichberechtigter, in keinerlei beruflicher Abhängigkeit voneinander stehender Gruppenmitglieder der gleichen Profession (15c) auch für die Seminararbeit der ‚Reflektierten Kasuistik‘ von zentraler Bedeutung ist.

Als wesentlichen Unterschied zwischen Balint-Gruppe und ‚Reflektierter Kasuistik‘ nennt Geigges das Fehlen einer Metatheorie zur Überwindung des Dualismus in der Medizin bei Balint (24). Kleinere Unterschiede bestehen in der Gewichtung einzelner Aspekte, die summarisch in Tabelle 8.2 zusammengestellt sind. Differenzen bestehen auch hinsichtlich Qualifikation, Funktion und Deutungsfokus des Leiters einer Balint-Gruppe und des Moderators einer Arbeitsgruppe zur ‚Reflektierten Kasuistik‘ (s.u.).

Tabelle 8.2:

Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Balint-Gruppenarbeit und Gruppenarbeit in Reflektierter Kasuistik

Aspekt	Balint-Gruppe	AG Reflektierte Kasuistik
Verfahren der Professionsentwicklung; Verknüpfung der Entwicklung des einzelnen mit der Entwicklung der Gesamtprofession	+++	+++
Option, bewusste und latente Selbstbilder einer Profession zu analysieren und weiter zu entwickeln	+++	+++
Setting jenseits typischen Lehrer-Schüler- Verhältnisses	+++	+++
Förderung strukturierter Reflektion	+++	+++
Lernen durch Verbindung von Selbstbeobachtung und Fremdbeobachtung	+++ +++	++ +++
kritische Spiegelung des Verhältnisses Arzt und Patient	++	+++
zugrunde liegende Methodik: Psychoanalyse bzw. Modell von Körper-Sein u. Körper-Haben bzw. Modell des doppelten Situationskreises	+++ ++ -	- +++ +++
Analyse von Übertragung und Gegen- Übertragung in psychoanalytischen Sicht	+++	+
Einbeziehung biomedizinischer und/oder semiotischer Aspekte bei der Fallarbeit	+	++ ---
Mitberücksichtigung bei der Fallbesprechung: Ergebnisse der Evidenz-basierten Medizin, eigene Erfahrungen, Mitteilen unverarbeiteter Erlebnisse	+	++ ++ ++
Maßnahme der Qualitätssicherung durch Selbstevaluation	+++	+++
Rolle des Moderators / Gruppenleiters psychoanalytische Ausbildung ,breite' psychotherapeutische Erfahrung	++ +++ +	++ (+) +++

8.4 Charakteristika der ›Reflektierten Kasuistik‹

Das Fehlen einer Metatheorie zur Überwindung des Dualismus in der Medizin stellt in der Tat den wesentlichen Unterschied einer Balint-Gruppe gegenüber der ›Reflektierten Kasuistik‹ dar (24). Für Thure von Uexküll war ein Verzicht auf psychoanalytische Interpretationen bei der Ausarbeitung einer Methodik für eine *Integrierte Medizin* sehr wichtig, weil von Uexküll den Dualismus einer Medizin für Körper und einer Medizin für Seelen mit einer einheitlichen Metatheorie überwinden wollte (5,6). Die klassische Balint-Gruppenarbeit schreibt jedoch via Fokussierung auf die Teiltheorie einer Medizin für Seelen, die Psychoanalyse, den Dualismus in der Medizin fort. Durch Verzicht auf die Dominanz psychoanalytischer Interpretation und durch Fokussierung auf Engels biopsychosoziales Modell (26,27), auf dem das Uexküll-Wesiak'sche Modell der *Integrierten Medizin* (1,5,6) aufbaut, können die positiven Effekte der Balint-Gruppenarbeit (s.o.) als Methodik auch für ein professionelles Training in *Integrierter Medizin* genutzt werden (2,24).

8.4.1 Naturphilosophie und Menschenbild der Integrierten Medizin

Thure von Uexküll wandte bereits in den 50er-Jahren, d.h. 25 Jahre bevor George Engel seine Forderung nach einem neuen Modell (26), dem biopsychosozialen Modell (27,28), erhob, die allgemeine Systemtheorie auf die Medizin an und unterschied drei Wirklichkeitsbereiche: den der Physik, des Lebendigen und des Psychischen (29a). Er forderte ein Menschenbild, das physikalisch-chemische Erscheinungen, körperliche Erscheinungen und geistig-seelische Erscheinungen gleichermaßen berücksichtigt (29b). Darüber hinaus übertrug er Erkenntnisse der Quantenphysik, dass für den naturwissenschaftlichen Beobachter ein Elektron mal als Partikel, mal als Wolke erscheint, auf die Medizin. Die Übertragung dieser Heisenberg'schen Unschärferelation auf den ›Gegenstand‹ der Medizin, den Menschen, bedeutet, dass der kranke Mensch, der Patient, dem ihn beobachtenden Arzt mal als Person (›Partikel‹), mal als biologischer Organismus (›Wolke‹) erscheint (1,5,6).

Zur ausführlicheren Darstellung von Menschenbild und Naturphilosophie Thure von Uexkülls sei auf seine diesbezüglichen Arbeiten (29,30) (sowie auf Kapitel 4 und Kapitel 2 des vorliegenden Buchs) verwiesen.

8.4.2 ›Reflektierte Kasuistik‹ als kritische Durchleuchtung der Arzt-Patient-Interaktionen

Auf den doppelten Situationskreis als grafisches Modell des Arzt-Patienten-Verhältnisses wurde in der Einleitung bereits kurz eingegangen. Thure von Uexküll hat immer wieder die Konstruktion einer gemeinsamen Wirklichkeit als wesentliches Element einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung betont (5,6). Im

doppelten Situationskreis stellt das gemeinsame Feld des ›Deutens‹ und die deutend geschaffene gemeinsame Wirklichkeit die Verbindung – wenn man so will, den ›Kitt‹ – zwischen den Einzel-Situationskreisen von Arzt und Patient dar. Dieses Feld muss in wiederholten diagnostisch-therapeutischen Zirkeln gemeinsam bearbeitet werden, damit auf der Basis eines gemeinsamen (Krankheits-)Verständnisses eine gemeinsame Entscheidungsfindung möglich und durch neues Handeln eine bessere Passung von Organismus und Umwelt erprobt werden kann.

Die grafisch zweidimensional als Feld dargestellte, mit gemeinsamen Deutungsversuchen ›zu beackernde‹ Fläche kann dreidimensional auch als Kasten im Sinne eines Containers kulturell verfügbarer Deutungen und Interpretationskonstrukte (31) oder als Resonanzraum im Sinne von Rosas Resonanztheorie und Soziologie der Weltbeziehungen (32) verstanden werden (Abb.8.1). Anhand des um Rosas Resonanztheorie erweiterten grafischen Modells des doppelten Situationskreises können Dysfunktionen und Störungen der Arzt-Patient-Interaktionen verstehbar und handhabbar gemacht werden, worauf weiter unten im Detail eingegangen wird.

8.4.3 ›Reflektierte Kasuistik‹ als methodische Selbstreflektion und als lernendes System

Thure von Uexküll hat immer wieder darauf hingewiesen, dass jede Beobachtung theorie-geladen ist, dass es wichtig ist, »die Praxis von der Theorie her und die Theorie von der Praxis her durchsichtig« (2a) zu machen, »dass in der Medizin Praxis und Theorie eine Einheit sind, in der Theorie die Form der Praxis bestimmt und Praxis ›ihre‹ Theorie kritisch reflektieren und, wenn notwendig, verändern muss« (33). Dies gilt natürlich auch für das Konzept *Reflektierte Kasuistik* und für den doppelten Situationskreis als grafisches Modell der Arzt-Patient-Interaktionen.

Unter Reflektierter Kasuistik wurde anfangs (2,24) die Reflexion von Krankengeschichten unter drei Aspekten verstanden: dem Aspekt der Geschichte einer Krankheit, dem der Geschichte eines Kranken und dem der Geschichte der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Konzept und Methodik der Reflektierten Kasuistik wurden in den verschiedenen lokalen Gruppen der ›Akademie für Integrierte Medizin‹ (AIM) im Laufe der Jahre weiterentwickelt. Tabelle 8.3 zeigt das aktuelle methodische Vorgehen in der Hamburger AIM-Gruppe (34,35).

Die hier dargestellten, an die Grafik des doppelten Situationskreises angekoppelten und nachfolgend diskutierten Überlegungen fokussieren auf die Geschichte einer Krankheit (in der Sicht des Arztes) und die (aktuelle, z.T. auch die vergangene) konkrete Arzt-Patienten-Beziehung und resultieren aus eigenen Erfahrungen der früheren Mainz-Wiesbadener AIM-Gruppe (36). Beide Varianten, der aktuelle Leitfaden der Hamburger AIM-Gruppe zur Reflektierten Kasuistik (Tab. 8.3) und das in den Abbildungen 8.2-8.4 dargestellte ›Durchdeklinieren‹ von Störungen im

Tab. 3: Reflektierte Kasuistik – Leitfaden der Hamburger AIM-Gruppe, Stand 16.2.18

 Reflektierte Kasuistik der Uexküll-Akademie Leitfaden zur kollegialen Fallbesprechung, Hamburger Version 16.02.2018	
<p>Der Gruppe wird von einem der Mitglieder ein Fall vorgestellt. Die Fallpräsentation soll möglichst nicht länger als 15 Minuten dauern. Der Moderator übernimmt danach die Diskussionsleitung, eine Frage nach der anderen wird besprochen. Der Moderator äußert sich inhaltlich nicht selbst zu der Falgeschichte. Er sorgt für die Einhaltung der Reihenfolge und dafür, daß jeder Teilnehmer zu Wort kommen kann. Es steht jedem Teilnehmer frei, sich zu äußern oder nicht.</p> <p>Der Kollege, der den Fall vorgestellt hat, äußert sich zunächst nicht. Es entsteht Frage für Frage ein neuer Blick auf die Kasuistik. Erst bei der 6. Frage tritt der vorstellende Kollege wieder auf den Plan. Es folgen Fragen zur gemeinsamen Wirklichkeit, die in der Gruppenarbeit entstanden ist (7.), und nach dem Erleben der Moderation (8.). Danach ist eine offene Gruppendifiskussion möglich.</p>	
<p>1. Was fällt Ihnen an der Kasuistik auf? Hier sind unterschiedlos alle Rückmeldungen willkommen (z.B. Gefühle, leibliche Wahrnehmungen, Beobachtungen usw.), es gibt keine Hierarchisierung. Gleichgültig, ob etwas beeindruckt oder gefehlt hat, gleichgültig, ob es mit dem Patienten, dem Vorstellenden oder dem Zuhörer zu tun hat: einziges Kriterium ist, dass es aufgefallen ist.</p>	
<p>2. Und warum ist Ihnen das wichtig? Jeder Teilnehmer nimmt die Kasuistik aus seiner individuellen Perspektive wahr, hat seine persönlichen Erfahrungen, seine Ziele, seine fachlichen Schwerpunkte, die ihn speziell interessieren. An dieser Stelle kann jede Art von Perspektive auf den Fall zur Sprache kommen – entscheidend ist, warum gerade diese Perspektive für den Teilnehmer wichtig ist.</p>	
<p>3. Was würden Sie gerne noch von dem Patienten wissen? Welche Informationen fehlen den Teilnehmern? Ihre Fragen verdeutlichen die professionellen Konzepte der Teilnehmer, die darüber entscheiden, was sie in der Kasuistik und wahrscheinlich auch bei ihrer eigenen Arbeit für wesentlich halten. Der Vorstellende merkt, worauf er bisher nicht geachtet hat, beantwortet aber nicht die Teilnehmerfragen.</p>	
<p>4. Wie verstehen Sie die Kasuistik auf Ihrem beruflichen Hintergrund ? Jeder der Teilnehmer denkt über den vorgestellten Fall auf dem Hintergrund seiner spezifischen Erfahrungen nach, hat eigene berufsspezifische Kompetenzen und Fragestellungen, je nach Ausbildung und Tätigkeit. An dieser Stelle sind alle diagnostischen Überlegungen im weitesten Sinne gefragt. Ein besseres Gesamtverständnis des Patienten kann aus der Summe und Vielzahl der Überlegungen entstehen.</p>	
<p>5. Stellen Sie sich vor, das wäre Ihr Patient, wie würden Sie weiter vorgehen? Indem die Teilnehmer sich zum weiteren Vorgehen in dieser Situation äussern, werden verschiedene Möglichkeiten erkennbar, mit einem Patienten zu arbeiten, therapeutische und prognostische Phantasie ist erwünscht. Damit soll deutlich werden, welches konkrete Vorgehen sich aus dem jeweiligen Verständnis eines Patienten ergibt. Es wird klarer, wie die jeweilige Sicht auf die Probleme eines Patienten unterschiedliche therapeutische Folgen haben kann.</p>	
<p>6. Frage an den vorstellenden Kollegen: Was machen Sie jetzt mit den Rückmeldungen der Gruppe? Es geht um die Rückmeldungen aus der Perspektive des vorstellenden Kollegen. Dabei können die Gruppenmitglieder erleben, was aus ihren Beiträgen wird, wie der vorstellende Kollege ihre Konstrukte in seine Sicht „einbaut“. Ggf. kann der vorstellende Kollege jetzt auch ergänzende Informationen zu dem Fall geben.</p>	
<p>7. Ist in der Gruppe eine gemeinsame Wirklichkeit von dem Fall entstanden? Hat sich in der Gruppe ein gemeinsamer Blick auf den Fall entwickelt (gemeinsamer Interpretant)? Welche Aspekte beinhaltet diese gemeinsame Wirklichkeit und in welchen Bereichen gibt es weiterhin unterschiedliche Perspektiven?</p>	
<p>8. Wie wurde die Moderation erlebt? Wie hat der Moderator die Kasuistik und die Moderation erlebt? Wie hat die Gruppe die Moderation erlebt? Waren das 8-Punkte-Schema und das Vorgehen in dem besprochenen Fall hilfreich?</p>	

doppelten Funktionskreis, zeigen, dass Uexkülls Wunsch nach lernenden Systemen (2a) weiterlebt.

8.5 Dysfunktionen und Störungen im doppelten Situationskreis

Bei Störungen des Gesamtsystems Arzt-Patienten-Beziehung können Kompensationsversuche auf Subsystem-Ebene (13) eintreten, die nicht automatisch gegenseitigen Respekt zwischen Arzt und Patient, gleiche Augenhöhe und funktionierende Zusammenarbeit beeinträchtigen müssen. So kann der Arzt z.B. bei funktionellen Störungen/somatoformen Störungen des Patienten in bewusster Akzeptanz seiner mittragenden und mitgehenden *›holding function‹* für den Patienten (37a) ein stärkeres Gewicht in der Arzt-Patienten-Beziehung erhalten. Umgekehrt kann er bei einem narzisstischen Patienten dessen Eigenheiten und dessen Geltungsstreben gelassen akzeptieren und *›psychiatrische Milde‹* (38) walten lassen. Dies bedeutet, dass – grafisch gesprochen – der Durchmesser der Patient und Arzt symbolisierenden Kreise nicht exakt gleich sein muss, sondern eine gewisse Schwankungsbreite aufweisen kann, ohne die Funktionsfähigkeit des doppelten Situationskreises beeinträchtigen zu müssen.

Relevante Dysfunktionen, Störungen und Blockaden im Arzt-Patienten-Verhältnis lassen sich im grafischen Modell des doppelten Situationskreises verschiedenen Teilaспектen zuordnen, auf die nachfolgend im Detail eingegangen werden soll (siehe Abbildungen 8.2-8.4).

8.5.1 Fehlende Augenhöhe/Hyper- oder Hypotrophie eines Subsystems

Bei diesem Störungstyp (siehe Abb. 8.2) liegt meist eine fehlende Augenhöhe infolge mangelnden Respekts und Achtung des jeweiligen anderen zugrunde. So kann die Persönlichkeitsstruktur des Arztes eine Gefahr für die autoreparativen Tendenzen im Patienten darstellen (15,37b). Der schizoide Arzt (mit seinen Qualitäten Exaktheit, Selbstständigkeit und Sachlichkeit) kann einen Patienten z.B. mit aufwendigen Untersuchungen zur Abklärung der Symptome oder zum Ausschluss unwahrscheinlicher Krankheiten oder mit eingreifenden, nebenwirkungsreichen Therapien quälen. Ärzte mit vorwiegend depressiver Struktur haben zwar ihre Stärken in feinem Einfühlungsvermögen und Identifikation mit dem leidenden Patienten, sind aber oft *›overprotective‹*, blockieren den Verselbstständigungsprozess des Patienten und vernachlässigen die schöpferische Distanz, um dem Patienten wirklich helfen und ihn retten zu können. Der zwanghafte Arzt (mit seinen Vorzügen in der Exaktheit, Gewissenhaftigkeit und Treue) ist oft *›geistig unbeweglich, dogmatisch und überängstlich auf sein somatisches Spezialgebiet beschränkt‹* (37b) und übersieht das seelische Leiden seines Patienten. Die Gefahr für den Patienten besteht darin, dass die Arzt-Patienten-Beziehung Züge eines Machtkampfes annehmen kann und die Interaktionen in falsches Rollenverhalten (unfolgsames Kind versus allwissender mächtiger Gott-Vater) und zwanghafte Rituale missraten, die *›keinen Freiraum für spontane Lebendigkeit*

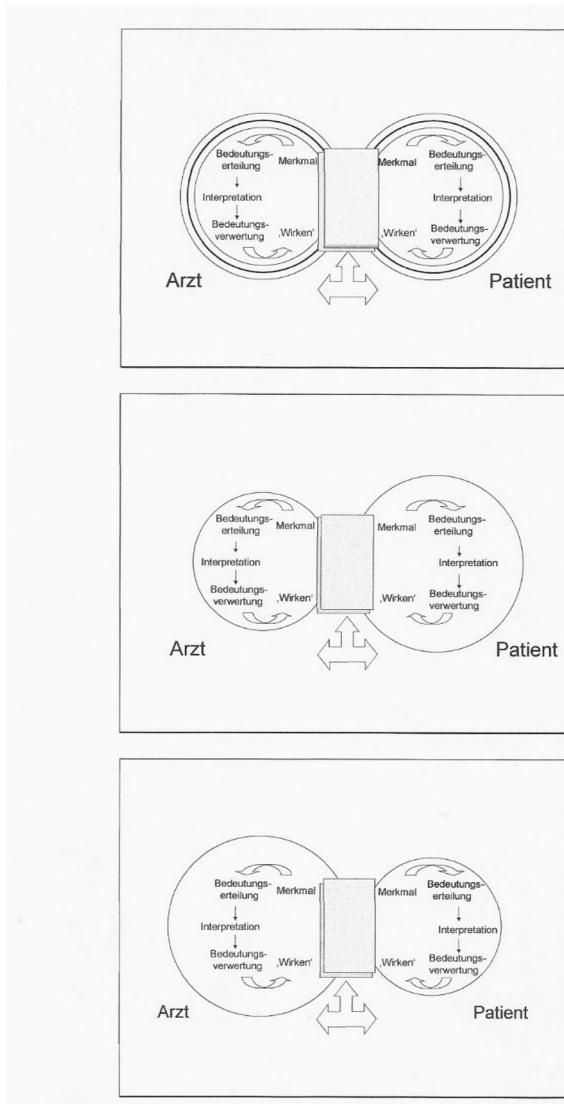


Abb. 8.2: **ungleiche „Augenhöhe“ zwischen Patient und Arzt:** oben: Bandbreite der normalen „Augenhöhe“, Mitte: ungleiche „Augenhöhe“ bei schüchternem Arzt / narzistischem Patienten; unten: „holding function“ des Arztes bei Patient mit funktionellen Beschwerden (Diskussion im Text).

und unvorhergesehene Verläufe lassen« (37b). Der hysterisch-strukturierte Arzt mit seiner Spontanität, Flexibilität und Offenheit für Neues neigt zu allzu großem

Optimismus und zu therapeutischer Polypragmasie. »Dem Kranken wird daher keine Zeit gelassen, auf seine individuelle Weise und mit seinem eigenen Tempo sich mit dem Leiden auseinanderzusetzen« (37b).

Umgekehrt können auch Eigenheiten und Persönlichkeitsstruktur des Patienten zu Dysbalancen im Arzt-Patienten-Verhältnis führen. »Manche Leute spielen Spiele, welche die Spielregeln anderer Leute brechen. Manche spielen unerklärte Spiele und machen so ihr Vorgehen doppeldeutig oder geradezu unverständlich – außer für Experten in geheimen und unüblichen Spielen. Solche Leute – voraussichtliche Neurotiker oder Psychotiker – müssen sich vielleicht dem Zeremoniell einer psychiatrischen Konsultation unterziehen zwecks Diagnose, Prognose und Therapievorschlag. Die Behandlung würde darin bestehen, sie auf das Unbefriedigende ihrer Spiele aufmerksam zu machen und ihnen vielleicht neue Spiele beizubringen« (39).

Hypotrophien eines Subsystems können auf fehlender emotionaler Kompetenz aufseiten des Arztes, auf Unerfahrenheit in Kommunikations- und Interaktionsmustern mit Patienten, auf eigener Unsicherheit und der (kompensatorischen) Neigung, sich hinter technischen Geräten zu verstecken u.a. beruhen. Hypotrophien aufseiten des Patienten können z.B. extreme Schüchternheit, Schamgefühl, aber auch psychische (z.B. Alexithymie) oder organische (z.B. beginnende Demenz) Besonderheiten sein.

8.5.2 Dysfunktionen und Störungen im Aufbau eines Feldes der gemeinsamen Wirklichkeit

Eine andere Ebene von möglichen Dysfunktionen und Störungen liegt auf dem Feld der gemeinsamen Wirklichkeit. Der Aufbau eines Feldes, eines Terrains gemeinsamer Wirklichkeit kann in unserer multikulturellen Gesellschaft durch ethnische Unterschiede zwischen Arzt und Patient, durch unterschiedliche kulturelle Hintergründe und Erfahrungen der Beteiligten, durch Sprachbarrieren und dadurch bedingte Kommunikationsstörungen u.a.m. bedingt sein. Es fehlt die für eine gemeinsame Wirklichkeitskonstruktion erforderliche verständliche Sprache und es fehlt – in der dreidimensionalen Auffassung des grafisch als Feld symbolisierten Interaktionsterrains – ein gemeinsamer Container kultureller Deutungsmuster, der von beiden verstanden wird und auf den beide zurückgreifen können (Abb. 8.3).

Nicht nur bei ethnischen Unterschieden zwischen Patient und Arzt, sondern auch bei gleichem ethnischen Hintergrund, jedoch unterschiedlicher ›Medizinphilosophie‹ (Glaubens-basierte homöopathische oder naturheilkundliche Präferenz des Patienten versus evidenzbasierte Verordnung von Medikamenten seitens des Arztes) können erhebliche Dysfunktionen bis hin zu Blockaden der Kommunikation auftreten, die die Gestaltung einer gemeinsamen Wirklichkeit und z.B. eine

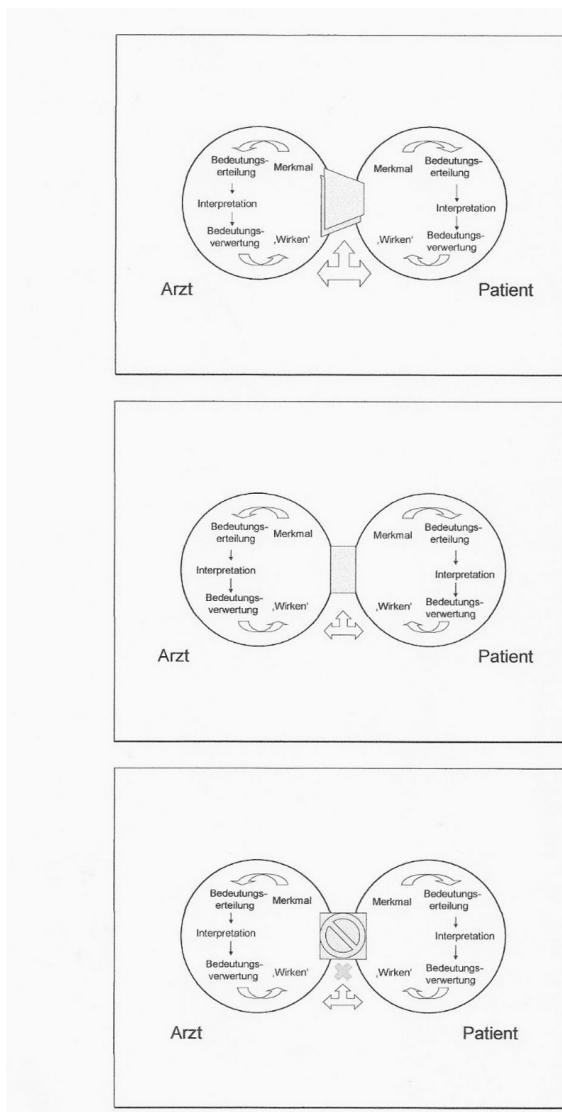


Abb. 8.3: Störungen im Feld der gemeinsamen Wirklichkeitskonstruktion: oben: dysfunktionales Feld, Mitte: atrophisches Feld, unten: blockiertes Feld mit nachfolgender Störung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (Diskussion im Text).

Einigung auf einen medikamentösen Behandlungsversuch erschweren bis unmöglich machen.

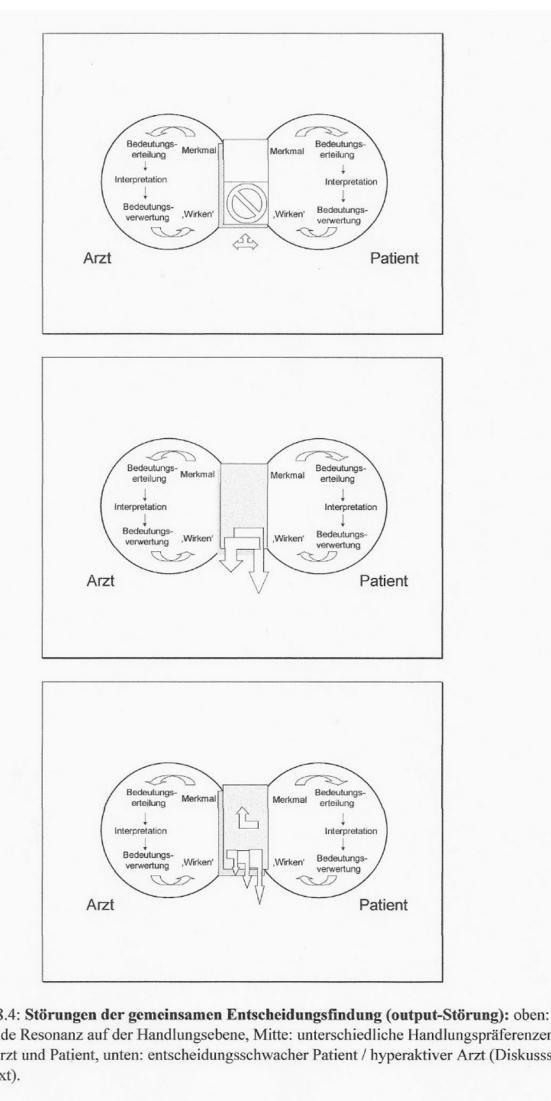


Abb. 8.4: **Störungen der gemeinsamen Entscheidungsfindung (output-Störung):** oben: fehlende Resonanz auf der Handlungsebene, Mitte: unterschiedliche Handlungspräferenzen von Arzt und Patient, unten: entscheidungsschwacher Patient / hyperaktiver Arzt (Diskussion im Text).

8.5.3 Suboptimale gemeinsame Entscheidungsfindung infolge fehlender Resonanz

Andere Dysfunktionen oder Störungen können unter der Überschrift suboptimale gemeinsame Entscheidungsfindung (>Output-Blockade<) infolge fehlender Resonanz zusammengefasst werden. Aus dem Aufbau einer gemeinsamen Wirklich-

keit sollen in einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (Aus-)Wirkungen auf den ›Wirkwelt-Teil des Umfelds resultieren, d.h., therapeutische Maßnahmen erfolgen als Versuche, die gestörte Einheit von Organismus und Umwelt wiederherzustellen. Resonanz setzt Empathie, die Einfühlung in das Leiden anderer, voraus (40,41). Hartmut Rosa hat in seinem Buch ›Resonanz‹ (32) eine lesenswerte und wichtige ›Soziologie der Weltbeziehungen‹ vorgelegt. Fasst man in der dreidimensionalen Version das Feld der gemeinsamen Wirklichkeit als Resonanzraum auf, dann können Störungen in den von Rosa beschriebenen drei Achsen der Resonanz zu suboptimalem bis gänzlich blockiertem ›Output‹ auf der Effektebene führen. Rosas horizontaler Resonanzachse (Familie, Freundschaft, demokratische Politik) sind z.B. die oben erwähnten ethnischen Unterschiede mit ihren unterschiedlichen kulturellen Gepflogenheiten in Familie und Politik incl. ihrer inhärenten kontextuellen Atmospären und Stimmungen zuzuordnen. Rosas diagonale Resonanzachse beinhaltet Objektbeziehungen, Arbeitswelt, Schule, Sport und Konsum und Rosas vertikale Resonanzachse Religion, Natur, Kunst und Geschichte. Die oben angeführten Unterschiede in den ›Medizinphilosophien‹ von Patient und Arzt können zu Resonanzstörungen in dieser Achse des Resonanzraums beitragen.

8.6 Möglichkeiten der Wiederherstellung von Resonanz

Bei *Hypertrophie eines Subsystems*, z.B. des Patienten, im System Arzt-Patienten-Beziehung kann man als Arzt versuchen, die fehlende gemeinsame Basis, die fehlenden Fortschritte im Erreichen eines gemeinsamen Arbeitsbündnisses und das Gefühl der Sinnlosigkeit und Überflüssigkeit der eigenen ärztlichen Ratschläge in einem offenen Gespräch mit dem Patienten zur Sprache zu bringen und ggf. dem Patienten raten, sich einen anderen Arzt zu suchen, mit dem – in einem unverkrampften Neuanfang – ein besseres Arbeitsbündnis erreicht werden könnte.

Ist der Arzt aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur (15,37b,38) zu dominant, können in Balint-Gruppen oder Gruppen zur Reflektierten Kasuistik – sofern ein solcher Arzt überhaupt bereit ist, in solchen Gruppen mitzuarbeiten – Feedback-Signale der übrigen Gruppenteilnehmer in Form von kritischen Anmerkungen zu z.B. ›overprotection‹, zu mehr Geduld oder mehr Freiraum für eine Entfaltung des Patienten, zu Bereitschaft zur Übernahme der ›holding function‹ (37a) korrigierende Maßnahmen zur Wiederherstellung einer gewissen Balance zwischen Arzt und Patient im doppelten Situationskreis sein.

Bei zu großer Schüchternheit, bei Schamgefühlen oder bei Fehlen eines emotionalen Mitschwingens des Patienten können warmherzige Appelle, geduldiges Zuhören und unterstützende Maßnahmen des Arztes hilfreich sein, dass der Patient mehr Selbstvertrauen aufbauen kann und Mut bekommt, eigene Ansichten und eigene Interessen in die Patienten-Arzt-Interaktion einzubringen (42).

Bei *Dysfunktionen und Störungen beim Aufbau eines Felds der gemeinsamen Wirklichkeit* können ethnische Unterschiede zwischen Arzt und Patient in Einzelfällen durch einen kompetenten und einfühlsamen Dolmetscher überbrückt werden. In anderen Fällen ist eine Weiterleitung an einen der gleichen Ethnie zugehörigen Arzt die richtige Entscheidung. Bei literatur- und kulturgeschichtlichen Kenntnissen (43,44) und Interesse an der Märchen- und Fabelwelt anderer Kulturen können kurze Geschichten wie z.B. der »Kaufmann und der Papagei« (45), eine Brücke zum Verständnis eines Problems bilden und als über Kulturgrenzen hinausgehende bildhafte Metaphern Lösungsmöglichkeiten aufzeigen (46,47). In Einzelfällen können auch allgemein menschliche (48-50) und existenzphilosophische Aspekte (51-53) hilfreich sein.

Bei den oben erwähnten unterschiedlichen ‚Medizinphilosophien‘ kann der Arzt respektvoll die Position des Patienten anerkennen, aber gleichzeitig höflich und selbstbewusst den Konflikt mit seinen ärztlichen Prinzipien zur Sprache bringen und gemeinsam mögliche Kompromissoptionen erörtern (54). Bei Dissonanzen in Rosas diagonaler Resonanzachse der Objekt- und Weltbeziehungen (32) können Resonanzen in Rosas horizontaler Resonanzachse (Freundschaft/Partnerschaft) oder vertikaler Resonanzachse (Werte Kunst, Religion, ...) helfen Stabilität und Funktionsweise der Arzt-Patienten-Interaktion zu gewährleisten.

Mitunter ist auch eine fehlende Gelassenheit seitens des Arztes, eine fehlende ›Eingelassenheit‹ (55) in die Situation des Patienten, unzureichende Kenntnisse seines beruflichen oder familiären Kontextes und unzureichende Diskussion seiner Werte und Präferenzen ein Mitgrund für Dürre im Feld der Arzt-Patienten-Beziehung und fehlende Resonanz im vollgestopften und nicht schwingungsfähigen Resonanzraum. Ein geduldigeres Zuhören und achtsames Sich-Einlassen auf den Kontext (55) können helfen, dass ›der Funke überspringt‹, unbewusste Übertragungs- und Gegenübertragungsmechanismen überwunden werden, Resonanz eintritt, Eingriffe in den Wirkwelt-Teil der Umwelt gewagt werden und die Suche nach neuen Passungen Erfolg hat.

8.7 Wirkung der Gruppendynamik in Seminaren zur Reflektierten Kasuistik

Überträgt man die oben beschriebenen Reflektionen zu Dysfunktionen und Störungen im doppelten Situationskreis auf das Setting einer Arbeitsgruppe zur Reflektierten Kasuistik, lässt sich ein komplexerer neuer Situationskreis skizzieren, anhand dessen die stattfindenden Interaktionen beschrieben und schematisch eingeordnet werden können (Abb. 8.5).

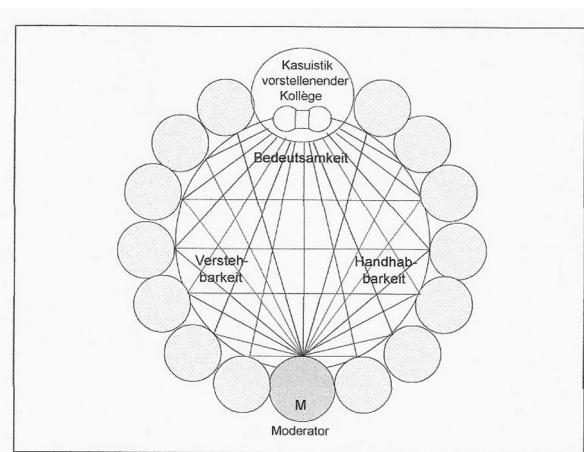


Abb.8.5: Gruppenarbeit der Reflektierten Kasuistik als salutogener Resonanzraum (Diskussion im Text)

8.7.1 Modell der komplexen Situation in Seminaren zur Reflektierten Kasuistik

Der referierende Kollege/die referierende Kollegin sitzt in einem (Halb-)Kreis vor ärztlichen Kollegen/Kolleginnen gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtung. Der referierende Kollege/die referierende Kollegin bringt ein Problem aus der eigenen Praxis und der eigenen Arzt-Patienten-Interaktion mit – symbolisiert durch den doppelten Situationskreis im Zentrum des den Referenten symbolisierenden Kreises (Abb. 8.5). Meist besteht in einem Seminar zur Reflektierten Kasuistik eine gemischte Gruppe aus zwölf (+/-3) Hausärzten und Psychotherapeuten mit einzelnen Fachärzten unterschiedlicher Fachrichtung. Einer von Ihnen (mit spezieller Erfahrung und Weiterbildung in Moderation (23,34,56)) übernimmt die Rolle des Moderators, der auf die Interaktionen, den Zeitrahmen und den Arbeitsfortschritt in der Gruppe achtet. Die Teilnehmer gruppieren sich (halb-)kreisförmig um den referierenden Kollegen/Kollegin – symbolisiert durch kreisförmig angeordnete Kreise – und fragen den/die vorstellenden Kollegen/Kollegin nach Details, geben Rückmeldung über ihre Eindrücke und Gefühle und diskutieren Lösungsvorschläge.

Dadurch, dass alle Mitglieder der Reflektierten Kasuistik Ärzte sind und alle der Schweigepflicht unterliegen, ist der Raum nach außen hin gut »abgedichtet«. Wenn die (schalldämpfende) Tür geschlossen ist, dringt kein Geräusch nach außen, das weitere Umfeld bekommt von der »probenden Jazzband« nichts mit. Dadurch, dass die Gruppe idealiter aus verschiedenen Fachgruppen unterschiedlichen Ge-

schlechts und Alters zusammengesetzt ist, weist die Innenraum-Holzverkleidung eine ausreichende Anzahl an brechenden Flächen auf, die die Resonanz im Raum verstärken. Was wie bei einer probenden Jazzband fehlt, sind Zuschauer. Man probt, weil der Rhythmus einem guttut, weil man beim gemeinsamen Musizieren im Spielen seines Instruments besser wird und weil das Ganze Freude macht und weil der Moderator kein dirigierender Karajan ist oder sein will.

8.7.2 Was bewirkt die Gruppendynamik?

Eine Metapher wie die der probenden Jazzband hat – wie jede Metapher – den Charme, bildhaft einen zentralen Aspekt auf den Punkt zu bringen und Limitationen, die außen vorbleiben (57,58). Der Charme der Metapher von der probenden Jazzband liegt im Fokus auf der Improvisation, in den verschiedenen Typen und den verschiedenen Instrumenten, die da zusammenwirken, im Einüben von Rhythmus und Sequenzen und – last not least – im entspannten Gefühl, in der Freude am Spiel.

Wichtig sind dabei die Heterogenität der beteiligten Musiker und die Verschiedenartigkeit der involvierten Musikinstrumente. Hausärzte bringen andere Aspekte in die Diskussion ein als Fachärzte, bei ersteren mögen pragmatische Aspekte von Organisation und Handling im ärztlichen Alltag eine wichtige Rolle spielen, letztere können spezielle fachliche biomedizinische, Labor- oder untersuchungstechnische Aspekte einbringen. Psychotherapeuten bringen einen Blick auf Übertragungs- und Gegenübertragungsmechanismen mit. Ein in Moderation erfahrener Kollege (23,56), der – im Unterschied zur Balint-Gruppenarbeit – nicht auf psychoanalytische Interpretationen fixiert ist, hält sich im Hintergrund, kann literaturgeschichtliche Aspekte (43), Märchen (44) oder Geschichten aus fremden Kulturen (45-47) oder einfach allgemeine psychotherapeutische Einsichten (48-53) einbringen. Darüber hinaus hat er ein Auge auf die gruppeninternen Abläufe, auf Arbeitsfortschritt und Zeitrahmen.

Bekanntlich sagt ein Bild mehr als 1000 Worte. Das schematische Bild des doppelten Situationskreises mit den Varianten der Hypo- bzw. Hypertrophie eines Kreises und der Atrophie des Feldes der gemeinsamen Wirklichkeit kann den Mitgliedern einer Arbeitsgruppe zur Reflektierten Kasuistik helfen, Dysfunktionen und Störungen der Arzt-Patienten-Interaktionen besser zu verstehen und besser anzugehen (Abb. 8.2-8.4). ›Verstehbarkeit‹ und ›Handhabbarkeit‹ sind zentrale Begriffe in Antonovskys ›Sense of coherence/Kohärenzsinn und seinem Konzept der Salutogenese (59,60) (siehe Kapitel 10). Der Erfahrung, dass der mich aufsuchende Patient von mir Hilfe erwartet und mir Bedeutsamkeit bei der Lösung seiner Probleme zuspricht, kann ich nur gerecht werden, wenn ich mich mit meinen Worten und Beispielen um Verstehbarkeit bemühe und die Lebenswelt des Patienten und sein intellektuelles Verständnis berücksichtige. Akzeptiere ich die mir erteilte Be-

deutsamkeit, bemühe ich mich um Verstehbarkeit und tritt Resonanz ein, dann kann die Handhabbarkeit des Problems erleichtert und neuer Kohärenzsinn für den Patienten hergestellt werden. Eine wichtige Hilfe hierbei ist eine ›mindful practice‹ (61-63), deren Charakteristika und deren Wirkungsweise in Kapitel 7 ausführlicher beleuchtet wurden.

Literatur

- 1 von Uexküll Th, Wesiak W. Theorie der Humanmedizin. München/Wien/Baltimore: Verlag Urban & Schwarzenberg; 3. Aufl. 1998: 463.
- 2 von Uexküll Th. Integrierte Medizin – ein lernendes Modell einer nicht-dualistischen Heilkunde. In: von Uexküll Th, Geigges W, Plassmann R (Hg.). Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2002: 3-22. a) S. 4; b) S. 21; c) S. 6-8.
- 3 Engelhardt K: Patienten-zentrierte Medizin. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag; 1978: 65.
- 4 von Uexküll J. Der Funktionskreis. In: von Uexküll J. Kompositionslehre der Natur. Biologie als undogmatische Naturwissenschaft. Ausgewählte Schriften. Herausgegeben und eingeleitet von Thure von Uexküll. Frankfurt/Berlin/Wien: Propyläen, Verlag Ullstein; 1980: 226-290.
- 5 von Uexküll Th, Wesiak W. Theorie der Humanmedizin. München/Wien/Baltimore: Verlag Urban & Schwarzenberg; 1988.
- 6 von Uexküll Th, Wesiak W. Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). Uexküll Psychosomatische Medizin. München: Urban & Fischer; 6. Aufl. 2003: 3-42.
- 7 Plessner H. Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. Gesammelte Schriften IV. Herausgegeben von G. Dux, O. Marquard, E. Stöker unter Mitwirkung von R.W. Schmidt, A. Wetterer und M.-J. Zemlin. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1627; 2003, 2. Aufl. 2016.
- 8 von Foerster H. Prinzipien der Selbstorganisation im sozialen und betriebswirtschaftlichen Bereich. In: von Foerster H. Wissen und Gewissen. Versuch einer Brücke. Herausgegeben von S.J. Schmidt. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 876, Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 1993, 4. Aufl. 1997: 233-268.
- 9 Fischer J. Exzentrische Positionalität. Plessners Grundkategorie der philosophischen Anthropologie. In: Fischer J. Exzentrische Positionalität – Studien zu Helmuth Plessner. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft; 2016: 115-145.

- 10 Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture – An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press; 1980.
- 11 Geisler L. *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege*. Frankfurt: Pharma-Verlag; 1987. a) S. 12; b) S. 17.
- 12 Greenhalgh T., Hurwitz B. (eds): *Narrative-based Medicine – sprechende Medizin. Dialog und Diskurs im klinischen Alltag*. Bern: Verlag Hans Huber; 2005.
- 13 Geigges W. Reflektierte Kasuistik als Instrument der Forschung und Lehre einer Integrierten Medizin. In: von Uexküll Th, Geigges W, Plassmann R (Hg.). *Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis*. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2002; 23-33.
- 14 Balint M. Training general practitioners in psychotherapy. *British Medical Journal* 1954; 1: 115-120.
- 15 Balint M. *The doctor, his patient and the illness*. London, 1957. Deutsch: Balint M. *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett-Cotta; 10. Aufl. 2001. a) S. 15ff.; b) S. 283-313; c) S. 383-413.
- 16 Benedetti F. Placebo effects – Understanding the mechanisms in health and disease. Oxford: Oxford University Press; 2009.
- 17 Hansen E, Zech N, Meissner K. Placebo und Nocebo. Wie einsetzen bzw. vermeiden? *Der Internist* 2017; 58(10): 1102-1110.
- 18 Leininger G. Die Droge Arzt als Analgetikum – eine Kasuistik aus der internistischen Klinik. In: von Uexküll Th, Geigges W, Plassmann R (Hg.). *Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis*. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2002; 65-73.
- 19 Rappe-Giesecke K. Vorwärts zu den Wurzeln – Balint-Gruppenarbeit aus Kommunikationswissenschaftlicher Sicht. *Balint* 2000; 1: 36-42.
- 20 Rosin U. Vorwort zur 10.Auflage. In: Balint M. *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett-Cotta, 10. Aufl. 2001: 1-8.
- 21 Loch W. *Theorie und Praxis von Balint-Gruppen*. Tübingen: edition diskord; 1995.
- 22 Luban-Plozza B, Laederach-Hofmann K, Knaak L, Dickhaut HH. *Der Arzt als Arznei. Das therapeutische Bündnis mit dem Patienten*. 8. durchgesehene Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2002.
- 23 Häfner S (Hg.). *Die Balintgruppe. Praktische Anleitung für Teilnehmer – Im Auftrag der Deutschen Balint-Gesellschaft*. 3. völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2007 (Zitat: Seite 78).
- 24 Geigges W. *Balint-Gruppen und Reflektierte Kasuistik*. In: Hontschik B, von Uexküll T (Hg.). *Psychosomatik in der Chirurgie. Integrierte Chirurgie – Theorie und Therapie*. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 1999: 55-64.
- 25 Herzog P. *Die Suche nach der verlorenen Einheit von Körper und Seele in der Heilkunde. Versuch einer Annäherung von Balint-Gruppe und Reflektierter Ka-*

- suistik nach Thure von Uexküll. Balint 2011; 12: 33-47. Nachdruck in: Hontschik B, Bertram W, Geigges W (Hg.) Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens – Bausteine der Integrierten Medizin. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2013: 243-278.
- 26 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136.
 - 27 Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiat* 1980; 137: 535-544.
 - 28 Epstein RM. Realizing Engel's biopsychosocial vision: resilience, compassion, and quality of care. *Int J Psychiatry Med* 2014; 47: 275-287.
 - 29 von Uexküll T. Der Mensch und die Natur – Grundzüge einer Naturphilosophie. Sammlung Dalp 13. München: Leo Lehnen Verlag; 1953. a) S. 21; b) S. 60ff.
 - 30 von Uexküll T. Was weiß die Medizin vom Menschen? In: Rössner H (Hg.). Der ganze Mensch. Aspekte einer pragmatischen Anthropologie. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, dtv 4447; 1986: 146-168
 - 31 Lenk H. Interpretationskonstrukte – Zur Kritik der interpretatorischen Vernunft. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 1993.
 - 32 Rosa H. Resonanz – eine Soziologie der Weltbeziehungen. Berlin: Suhrkamp Verlag; 2016.
 - 33 von Uexküll Th. Was ist und was will „Integrierte Psychosomatische Medizin“? In: von Uexküll Th (Hg.) Integrierte Psychosomatische Medizin. 3. Aufl. 1994. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 1994; 17-34 (Zitat Seite 18).
 - 34 Reflektierte Kasuistik der Uexküll-Akademie. Leitfaden zur kollegialen Fallbesprechung, Hamburger Version vom 16.2.2018
 - 35 Staufenbiel-Wandschneider A. Die Reflektierte Kasuistik als kollegiale Selbsthilfegruppe – wie wirkt die Methode? Vortrag auf der Werkstatt der Thure von Uexküll-Akademie am 16.2./17.2.2018 in Hamburg.
 - 36 Albers L. Wiesbadener AIM-Gruppe. www.akademie-für-integrierte-Medizin.de
 - 37 Beck D. Krankheit als Selbstheilung – Wie körperliche Krankheiten ein Versuch zu seelischer Selbstheilung sein können. Frankfurt: Insel-Verlag; 1981. a) Kapitel III.1. Der Arzt, die Selbstheilungstendenzen und ihre Gefährdung durch die Universitätsmedizin. S. 111-123; b) Kapitel III.2. Die Persönlichkeitsstruktur des Arztes als Gefahr für die autoreparativen Tendenzen im Patienten. S. 124-131.
 - 38 Jaspers K. Wesen und Kritik der Psychotherapie. In: Jaspers K. Der Arzt im technischen Zeitalter. Serie Piper 441. München/Zürich: R. Piper Verlag; 1986: 69-122. (Zitat S. 97).
 - 39 Laing RD. Phänomenologie der Erfahrung. edition suhrkamp 314, Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 2. Aufl. 1969: Kapitel II. Psychotherapeutische Erfahrung. S. 39-49 (Zitat S. 44).

- 40 Spiro H, Maccrea Curnen MG, Peschel E, St. James D (eds.) *Empathy and the Practice of Medicine – Beyond Pills and the Scalpel*. New Haven and London: Yale University Press; 1993.
- 41 Jamison L. Die Empathie-Tests. Über Einfühlung und das Leiden anderer. Berlin: Carl Hanser Verlag und Berlin: Suhrkamp Taschenbuch Verlag. suhrkamp taschenbuch 4807; 2017.
- 42 Köhle K. Arzt-Patienten-Kommunikation. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.) *Uexküll Psychosomatische Medizin – Theoretische Modelle und klinische Praxis*. 8. Auflage. München: Elsevier; 2017: Kapitel 27, S. 289-293.
- 43 Jung M. Der kleine Prinz in uns. Auf Entdeckungsreise mit Saint-Exupery. Düsseldorf und Zürich: Benzinger Verlag; 3. Aufl. 2000.
- 44 Kast V. Märchen als Therapie. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, dtv 35021; 1989, 4.Aufl. 1993.
- 45 Peseschkian N. Der Kaufmann und der Papagei. Orientalische Geschichten in der Positiven Psychotherapie. Fischer Taschenbuch Verlag 3300, Frankfurt: S. Fischer Verlag GmbH; 1979.
- 46 Peseschkian N. Das Geheimnis des Samenkorns. Positive Stressbewältigung. Berlin -Heidelberg: Springer-Verlag; 1996.
- 47 Peseschkian N. Steter Tropfen höhlt den Stein. Mikrotraumen – das Drama der kleinen Verletzungen. Fischer Taschenbuch Verlag 16310, Frankfurt: S. Fischer Verlag GmbH; 2005.
- 48 Bennack J, Uhlenbrück G. Humor als Kölsche Philosophie. Psychosoziale und medizinische Einsichten. Köln: J.P. Bachem Verlag; 2003.
- 49 Kets de Vries MFR. Führer, Narren und Hochstapler. Essays über die Psychologie der Führung. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse VIP; 1998.
- 50 Schütz A. Psychologie des Selbstwertgefühls. Von Selbstakzeptanz bis Arroganz. Stuttgart/Berlin/Köln: W. Kohlhammer GmbH; 2000.
- 51 Yalom ID. Der Panama-Hut oder was einen guten Therapeuten ausmacht. München: btb in der Verlagsgruppe Random House GmbH; 2010.
- 52 Yalom ID. Denn alles ist vergänglich. Geschichten aus der Psychotherapie. München: btb in der Verlagsgruppe Random House GmbH; 3. Aufl. 2016.
- 53 Holzhey-Kunz A. Psychotherapeutisches Zuhören mit einem philosophisch sensibilisierten Ohr. In: Maio G (Hg.). Auf den Menschen hören. Für eine Kultur der Aufmerksamkeit in der Medizin. Freiburg/Basel/Wien: Herder Verlag; 2017: 124-147.
- 54 Tilburg JC, Miller FG. Responding to medical pluralism in practice: a principled ethical approach. *J Am Board Fam Med* 2007; 20: 489-494.
- 55 Achenbach G. Eingelassenheit – oder: Zuhören ist die Seele des Gesprächs. In: Maio G (Hg.). Auf den Menschen hören. Für eine Kultur der Aufmerksamkeit in der Medizin. Freiburg/Basel/Wien: Verlag Herder GmbH; 2017: 267-276.

- 56 Yalom ID. Im Hier und Jetzt. Richtlinien der Gruppenpsychotherapie. München: btb in der Verlagsgruppe Random House GmbH; 2005.
- 57 Lakoff G, Johnson M: Metaphors We Live By. University of Oxford, 1980. Deutsch: Lakoff G, Johnson M: Leben in Metaphern – Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag; 1998.
- 58 Buchholz MB. Wie wir Bilder sehen, wenn wir Worte hören. Körper, mentale Kinetik und Metaphern in therapeutischer Konversation. In: Maio G (Hg.). Auf den Menschen hören. Für eine Kultur der Aufmerksamkeit in der Medizin. Freiburg/Basel/Wien: Verlag Herder GmbH; 2017: 51- 101.
- 59 Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1987.
- 60 Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U (Hg.). Handbuch der Salutogenese – Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft; 1998.
- 61 Epstein R. Mindful practice. JAMA 1999; 282: 833-839.
- 62 Epstein RM. Realizing Engel's biopsychosocial vision: resilience, compassion, and quality of care. Int J Psychiatry Med 2014; 47: 275-287.
- 63 Epstein R. Attending. Medicine, Mindfulness, and Humanity. New York/London/Toronto: Scibner. 2017.

