

AIM telegramm

Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin

Mitteilungen Nr. 18
Juli 2011

• Editorial	1
• 16. Jahrestagung 10.-12.11.2011	2
• Mitgliederversammlung 19.11.10	4
• der neue Vorstand	5
• Achim Demmel	6
• Modellwerkstatt in Bochum	8
• Harald Kamps zur Modellwerkstatt in Bochum	13
• Modellwerkstatt in Glotterbad	15
• „Mein Dank an die AIM“ von Giovanni Maio	22
• HAMLET-Protokoll	24
• Bernard Lown: 90 Jahre	27

→ nächster AIM-Termin:

**16. Jahrestagung
der Uexküll-Akademie
für Integrierte Medizin (AIM)
10.-12. November 2011
DER EINSAME PATIENT
Beraten und verkauft**

Editorial

Der einsame Patient - Der einsame Arzt

Durch die zunehmende Ökonomisierung oder Industrialisierung der Medizin werden Ärzte, Pflegende und Therapeuten immer mehr zu Anbietern von Gesundheitsleistungen in einem durchgetakteten, normierten Arbeitsalltag, Patienten werden zu Kunden. Zentrales ökonomisches Interesse hinter diesem medizinischen Dienstleistungskonzept ist vor allem, die Kapazitäten des medizinisch-industriellen Komplexes optimal auszulasten, ohne Rücksicht darauf, ob die angebotenen Leistungen nötig oder hilfreich sind.

Um solche unnötigen Belastungen und Risiken für die Patienten zu vermeiden, führte die amerikanische Ärztevereinigung "National Physicians Alliance" (NPA) in den "Archives of Internal Medicine" jüngst in einer großen öffentlichen Aktion unter dem Titel "Less is more" eine beeindruckend lange Liste von überflüssigen Tests und unnötigen Therapien auf.

Ein immer tiefer werdender Graben zwischen beruflichen Idealen und hindernden Umständen des medizinischen Alltags bedroht langfristig auch die Gesundheit und das Wohlbefinden von Ärztinnen und Ärzten und macht sie, ebenso wie ihre Patientinnen und Patienten, zunehmend einsam, depressiv und suizidgefährdet. Auch die Patienten sind in diesem Medizinsystem als vermeintliche Kunden in ihrer neuen Rolle gänzlich überfordert, wenn sie künftig selbst recherchieren sollen, welche Behandlung für sie die Beste ist, oder wo das günstigste Krankenhaus liegt. Wo sind die Wege aus der Einsamkeit von Patienten und Ärzten hin zu einer humanen Medizin? - diese spannende Frage soll uns auf der diesjährigen 16. Jahrestagung der Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin in Frankfurt beschäftigen, zu der ich Sie im Namen des Vorstands der Uexküll-Akademie ganz herzlich einladen möchte.

Werner Geigges

EINLADUNG

zur 16. Jahrestagung
der Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin
in Frankfurt am Main
10. bis 12. November 2011

DER EINSAME PATIENT **Beraten und verkauft**

ÖFFENTLICHE VERANSTALTUNG -
Donnerstag, 10. November 2011, 19.30 Uhr

Krank und pleite?

Das deutsche Gesundheitswesen

Bernd Hontschik im Gespräch mit dem Ökonomen

Hartmut Reiners

Berlin

mit anschließender Diskussion

EINTRITT FREI

Die Veranstaltung findet im Großen Saal im
Haus am Dom statt, Domplatz 3, 60311 Frankfurt

Fortführung der Diskussion in der Arbeitsgruppe 2 am 11.11. während der Tagung

TAGUNGSPROGRAMM

Freitag, 11. November 2011

10.00 – 10.30 **Begrüßung**

- Manuela **Rottmann**, Gesundheitsdezernentin, Magistrat der Stadt Frankfurt
- Gerd **Neidhart**, Ärztlicher Direktor des Hospitals zum heiligen Geist
- Gisela **Volck**, Regionalgruppe Frankfurt der Uexküll-Akademie

10.30 – 11.15 VORTRAG 1 – Bernd **Hontschik** (Frankfurt):
Krank und einsam? – Der Patient im Dickicht des Gesundheitswesens

11.45 – 12.30 VORTRAG 2 – Silja **Samerski** (Hannover):
Beraten und verkauft - Fallstricke der selbstbestimmten Entscheidung

14.15 – 15.00 VORTRAG 3 – Odette **Wegwarth** (Berlin):
Das Einmaleins der medizinischen Risikokommunikation

15.30 – 17.00 Arbeitsgruppen 1 – 5:

- Arbeitsgruppe 1: **Integrierte Medizin, Reflektierte Kasuistik**
Anna Staufenbiel-Wandschneider (Hamburg)
- Arbeitsgruppe 2: **Das deutsche Gesundheitssystem**
Hartmut Reiners (Berlin)
- Arbeitsgruppe 3: **Aufklärung und Entmündigung in der humangenetischen Beratung**
Silja Samerski (Hannover)
- Arbeitsgruppe 4: **Informiertes Entscheiden mit Zahlen**
Odette Wegwarth (Berlin)
- Arbeitsgruppe 5: **Das klinische Team in Beziehung**
Sven Eisenreich (Frankfurt)

17.30 – 19.00 Mitgliederversammlung der Uexküll-Akademie
ab 20.00 Uhr Geselliger Abend im Restaurant *Cucina delle Grazie*, Haus am Dom

Samstag, 12. November 2011

09.00 – 10.00 VORTRAG 4 – Wolfgang **Merkle**, Sven **Eisenreich** (Frankfurt):
Begegnung und Beziehung - Wie geht das in einer Psychosomatischen Klinik?

10.00 – 10.45 VORTRAG 5 – Christof **Müller-Busch** (Berlin):
Jeder stirbt für sich allein? – Palliativmedizin

11.45 – 12.30 VORTRAG 6 – Werner **Geigges** (Freiburg):
**Schulmedizin und Integrierte Medizin -
Vom Kundendienst zur kooperativen Passungsarbeit**

12.30 – 13.00 Abschlußplenum

Protokoll der Mitgliederversammlung der Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin am 19. November 2010 in Bochum

Beginn 18.30 Uhr

Der Sprecher des Vorstands, Werner Geigges, stellt fest, dass die MV unter Vorlage der Tagesordnung fristgerecht einberufen wurde und die Versammlung somit beschlussfähig ist. Zahl der anwesenden Mitglieder: 24.

Als neue Mitglieder stellen sich vor Dr. Sylvia Grothjohann-Ernst und Frau Monja Buche.

Tagesordnung und Protokoll der letzten MV (lag im AIM-Telegramm vor) werden einstimmig genehmigt.

1. Bericht des Vorstands

Werner Geigges berichtet über die Aktivitäten des Vorstands in der vergangenen Amtsperiode (Beginn mit der Neuwahl des Vorstands am 28.09.2007):

Im Wechsel wurden 2 Modellwerkstätten und eine Jahrestagung (Frankfurt: Heilkunst oder Kundendienst - Wirklichkeitskonstruktionen in der Medizin) durchgeführt, in deren Rahmen jeweils Vorstandssitzungen stattfanden. Zusätzlich tagte der Vorstand im Januar eines jeden Jahres traditionell in Klausur in Freiburg bei Marina von Uexküll, für deren Gastfreundschaft ihr bei dieser Gelegenheit noch einmal herzlich gedankt wird.

An Publikationen wurden pro Jahr ein AIM-Telegramm herausgebracht, Dr. Geigges dankt den Redakteuren Gisela Volck und Joachim Demmel für ihr Engagement.

In der Schriftenreihe der Uexküll-Akademie erschien das Buch von AIM-Ehrenmitglied Dietrich Niethammer „Das sprachlose Kind“.

Im Jahr 2008 fand keine Jahrestagung statt. Stattdessen trafen sich die Mitglieder der Uexküll-Akademie zu zwei Modellwerkstätten in Glottertal (bei Freiburg) und in Rosengarten (bei Hamburg), um die Theoriebildung am kontroversen Thema der „Leitlinien“ voranzubringen.

Am 7./8. November 2009 fand im Heilig-Geist-Hospital eine Jahrestagung mit dem Thema „Auseinander-Setzen, Zusammen-Wirken – Gemeinsame Wirklichkeiten in einer zersplitterten Medizin“ statt, die sehr gut besucht war. Im Vorfeld der Modellwerkstatt Bochum (November 2010, Thema „Medizinberufe im Wandel“) wurde im Vorstand eine fruchtbare kontroverse Diskussion zum Thema Chancen und Risiken so genannter „Gesundheitsberufe“ geführt und in die gegenwärtige Tagung eingebracht.

Der Vorstand hatte im Vorfeld einstimmig beschlossen, den Mitgliedern eine Erweiterung des Vorstands von 7 auf 8 Mitglieder vorzuschlagen. Grund für diesen Vorschlag war die Verteilung der Vorstandsarbeit auf mehr Mitglieder bei einer gleichzeitigen Einbeziehung jüngerer Akademiemitglieder. Da dieser Vorschlag eine Satzungsänderung bedeutet, war laut Satzung eine $\frac{2}{3}$ -Mehrheit hierfür erforderlich. Nach der Erläuterung der vorgeschlagenen Satzungsänderung stellt Dr. Geigges den entsprechenden Antrag. Da Beschlussfähigkeit vorliegt, ist eine $\frac{2}{3}$ -Mehrheit der anwesenden Teilnehmer erforderlich. Der Antrag wird bei der folgenden Abstimmung einstimmig angenommen.

2. Kassenbericht

Prof. Schmeling-Kludas legt den Kassenbericht für den bisherigen Verlauf des Jahres 2010 vor, der wie immer in Kooperation mit Marina von Uexküll erstellt wurde.

Zur Prüfung der Vorgänge und Unterlagen werden Matthias Lütgert und Sigrun Schulze-Stadler gewählt, die sich zur Sichtung zurückziehen. Nachdem sie die ordnungsgemäße Buchführung und Abrechnung festgestellt haben, wird dem Schatzmeister Prof. Schmeling-Kludas bei einer Stimme Enthaltung Entlastung erteilt.

3. Neuwahlen

Nach dem Bericht des Vorstands und der sich anschließenden Diskussion bittet der bisherige Vorstand um Entlastung. Sie wird einstimmig bei Enthaltung der Vorstandsmitglieder erteilt. Der Vorstand tritt daraufhin zurück.

Daraufhin wird Philipp Herzog von der MV als Wahlleiter gewählt, er übernimmt die Leitung der Versammlung.

Prof. Schmeling-Kludas erklärt, dass er infolge bevorstehender Arbeitsüberlastung nicht wieder als Vorstandsmitglied kandidiert. Die MV bedauert dies und dankt ihm für seine wertvolle Arbeit in den vergangenen Amtsperioden.

Als Kandidaten für den neuen Vorstand werden von der MV nominiert:

Dr. Wulf Bertram, Dr. Joachim Demmel, Dr. Sven Eisenreich, Dr. Werner Geigges, Dr. Bernd Hontschik, Dr. Gerlind Leininger, Dr. Gernot Rüter, Dr. Anna Staufenbiel-Wandschneider, Dr. Gisela Volck

Die anschließende Wahl hat folgendes Ergebnis (Stimmenanzahl): Hontschik (24), Bertram (23), Geigges (23), Volck (23), Eisenreich (22), Leininger (21), Staufenbiel-Wandschneider (20), Demmel (19), Rüter (8)

Damit sind **Wulf Bertram, Achim Demmel, Sven Eisenreich, Werner Geigges, Bernd Hontschik, Gerlind Leininger, Anna Staufenbiel-Wandschneider und Gisela Volck** als Vorstandsmitglieder gewählt. Die Kandidaten nehmen die Wahl an.

Daraufhin übernimmt Werner Geigges wieder die Versammlungsleitung und dankt Philipp Herzog für seine Wahlleitung.

Der neue Vorstand bedankt sich für das Vertrauen der Mitglieder und kündigt an, dass voraussichtlich am 10./11.2.2011 eine erste Sitzung des neuen Vorstands in Freiburg stattfinden wird.

Als Termine für die Modellwerkstatt wird der 1./2. April in Glotterbad festgelegt, für die Jahrestagung der 10.-12. November in Frankfurt.

Gegen 19.50 Uhr schließt Werner Geigges die Mitgliederversammlung.

Protokoll: Dr. W. Bertram



v.l.n.r. W. Geigges, B. Hontschik, A. Staufenbiel-Wandschneider, G. Leininger, G. Volck, J. Demmel, W. Bertram, S. Eisenreich



Fassungslos und voller Trauer haben wir vom Tod
unseres Freundes und Vorstandskollegen

Dr. Hans-Joachim Demmel

1942 - 2011

erfahren, der am 12. April nach kurzer, heftiger Krankheit verstorben ist.

Wir verlieren einen engagierten Mitstreiter für eine menschliche Medizin, einen klugen Diskussionspartner
und einen warmherzigen, humorvollen Kollegen. Unser Beileid und Mitgefühl gehören Achims Familie.

Wulf Bertram, Sven Eisenreich, Werner Geiggas, Bernd Hontschik, Gerlind Leiringer,
Anna Staufenbiel-Wandschneider, Marina von Uexküll, Gisela Volck

Thure von **Uexküll-Akademie** für Integrierte Medizin

Nachruf für Achim Demmel

Anfang Februar saßen wir noch zu unserer alljährlichen Vorstandsklausurtagung im Hause von Uexküll zusammen. Achim Demmel war Tage zuvor am Meniskus operiert worden, aber wie immer guter Dinge und ganz bei der Sache. Kurze Zeit später teilte er uns mit, dass er sehr schwer erkrankt sei. Wir tauschten Emails über die besten therapeutischen Anlaufstellen aus und waren zunächst zuversichtlich, dass man diese Erkrankung doch „in den Griff bekommen“ könne. Zwei Monate später überbrachte uns Achims Frau die erschütternde und unfassbare Nachricht, dass er nach einem extrem heftigen, bösartigen Verlauf verstorben sei und wir diesen ebenso klugen wie liebenswürdigen, humorvollen wie engagierten Mitstreiter, Kollegen und Freund verloren hatten.

Der Zahnarzt Dr. Hans-Joachim Demmel begann schon 1979, sicherlich angeregt durch seinen Freund, den Psychosomatiker Friedhelm Lamprecht, sich für die psychischen Aspekte seines Faches zu interessieren. Er nahm früh an Balintgruppen teil, absolvierte viele Stunden Selbsterfahrung, schrieb sich 1985 im Institut für Psychotherapie e. V. Berlin als Gasthörer zur informatorischen Weiterbildung ein und nahm fünf Semester an dieser Fortbildung teil. Das Wissen, das er dort erwarb, gab er als Assistenz-Professor für Werkstoffkunde und im Rahmen eines Lehrauftrags der FU Berlin bereits früh weiter. Von 1994 bis 2001 war er Vorstandsmitglied des Arbeitskreises für Psychologie und Psychosomatik in der DGZMK, den er mit großem Engagement bis kurz vor seinem Tod unterstützte.

Er war einer der Initiatoren, die das Curriculum Psychosomatische Grundkompetenz gemeinsam mit der Akademie „Praxis und Wissenschaft“ etabliert haben. Durch sein Engagement als Referent und durch seine organisatorische Unterstützung hat er in großem Maße zum Erfolg dieses Konzeptes beigetragen. Wegweisend war seine Begegnung mit Thure von Uexküll, dem Nestor der deutschen Psychosomatik, der ihn als Autor für das von Uexküll liebevoll-ironisch „Schwerbuch“ titulierte Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin gewann. Bereits 1994 trat Achim Demmel dann der 1992 von Thure von Uexküll gegründeten Akademie für integrierte Medizin bei und gehörte seit 2007 deren Vorstand an.

Wissenschaft bedeutete für Achim Demmel neben aller Sorgfalt beim Quellenstudium, beim Sammeln von Erfahrungen und Informationen aus Praxis, Tagungen und Kongressen nicht das Jonglieren mit doppelverblindeten, randomisierten und kontrollierten Studien über eng begrenzte Themen, sondern immer eine Rückführung auf angewandte, praxistaugliche Konzepte zum Wohle seiner eigenen Patienten und zur „Anstiftung“ psychosomatischer Denkweisen bei seinen Kollegen. In diesem Zusammenhang sei auch sein gemeinsam mit Anne Wolowski herausgegebenes Buch „Psychosomatische Medizin und Psychologie für Zahnmediziner“ erwähnt, dessen Erfolg er noch erleben durfte. Mit diesem Buch hat er sich ein

Denkmal und im Bereich der Zahnheilkunde einen Meilenstein gesetzt, hinter den eine Rückkehr zu einer technisch-reduktionistischen Dentalkunde nicht mehr zeitgemäß und kunstgerecht erscheint.

Noch eine persönliche Anmerkung zum Schluss: Mein Freund Achim hatte sich früher, ich mir wesentlich später einen Lebensraum erfüllt. Gar nicht weit von einander entfernt hatten wir beide ein „rustico“ in Italien erworben, an dem wir mit Begeisterung und großem eigenem handwerklichem Einsatz herumwerkelteten. Und immer wieder nahmen wir uns vor, uns gegenseitig an diesen Bau- und Mußstellen zu besuchen und bei einem guten Wein aus der Gegend (Achim war wie jeder warmherzig-intelligente Mensch auch ein Genießer!) unsere Erfahrungen mit Nachbarn, Gartengeräten, Maschinen, Werkzeug, Baustoffen und Pflanzen auszutauschen. Doch immer wieder gab es scheinbar triftige, meist berufliche Gründe, solche Treffen zu verschieben. Dann war es plötzlich zu spät. Neben seinen vielen fachlichen Erkenntnissen und Erfahrungen würde uns Achim sicher als ein Vermächtnis ans Herz legen, unseren freundschaftlichen Beziehungen innerhalb unserer Akademie ebenso viel Raum zu geben, wie unserem professionellen Austausch über die Theorie der Humanmedizin und die Praxis einer integrierten Medizin.

Wulf Bertram, im Juni 2011

**Modellwerkstatt II 2010 in der "Hochschule für Gesundheit" in Bochum
19./20.11.2010**

**Medizinberufe im Wandel
Integrierte Medizin als Basis einer interdisziplinären Patientenversorgung**

Vortrag Paul Unschuld: Ist die klassische Medizin ihrem Ende nahe?

Gesellschaftlich zeichne sich ein grundsätzlicher Wandel ab: Kranksein ist gesellschaftlich wertvoller als Gesundsein.

Gesundheit werde zur Ware, Patienten werden zu Kunden und Ärzte zu Dienstleistern, letztendlich zu Handlangern. Im Bereich der Medizin finde ein Prozess der Deprofessionalisierung, der Entmündigung statt, eine Abnahme der Verfügungsgewalt des Arztes. Es wird gefragt:

- wer schafft heute das Wissen? Die Molekularbiologie, die Pharmazie, bzw. die Pharmaindustrie, die Medizintechnologie
- wer bestimmt die Anwendung des Wissens? Die Krankenkasse
- wer bestimmt die Vergütung? Die Politiker, die Krankenkasse

Das sei alles einst die Domäne des Arztes gewesen.

Was ist passiert?

Ende des 18. Jahrhunderts waren zur Bedienung der Manufakturen und der Volksarmeen (nach Bildung der Nationalstaaten) eine gesunde Arbeiterschaft und starke Soldaten gefragt und eine Notwendigkeit.

Gesundheit sei Mittel zum Zweck gewesen, der Zweck sei der starke Staat gewesen.

Es entwickelte sich eine Gesundheitspolitik, der Ärzteschaft wurde bzgl. der Volksgesundheit das Mandat gegeben; die Ärzte hatten das Privileg den Herrschenden die Meinung zu sagen.

Diese Ära gehe nun dem Ende entgegen. Die Gesundheit werde mehr und mehr zum Selbstzweck, die Politik ziehe sich aus diesem Bereich allmählich zurück. So werde aus dem Gesundheitswesen eine Gesundheitswirtschaft. Hier sei Renditedenken gefragt, das hätten Ärzte und Apotheker nicht gelernt.

So würden die Krankenkassen, einst Solidargemeinschaften, zu Industrien mit Eigeninteressen und der Notwendigkeit der Gewinnmaximierung. Der Morbi RSA (Morbiditätsrisikostrukturausgleich) sei die Formel für zielgerichtetes Verkranken der Versicherten. Das alles führe zu den uns bekannten Auswüchsen: Fallpauschalen, DRG, Verkrankungssoftware, Mythos der EBM, Amortisations- und Renditezwang, Werbung für Arzneimittel, vermeintlicher

Patientensouveränität, Internetpranger, e-card...

Prof. Unschuld endet mit der Frage, ob es sich lohne die Mündigkeit zurück zu gewinnen und stellt die Idee von „San. Attac“ in den Raum.

In der folgenden **Diskussion** geht es um die zu pessimistische Deutung dessen, was im Gesundheitssystem derzeit beobachtet werden kann, die fehlende Infragestellung der negativen Auswüchse in totalitären Systemen in Bezug auf die Verklärung der Volksgesundheit und der ständischen Medizin.

Dem widersprechend liest Prof Unschuld aus seinem Buch , Ware Gesundheit – das Ende der klassischen Medizin, (Verlag C.H. Beck, 2009) folgende Passage (S45) vor: „Widersprüchlicher konnten Aussagen Virchows nicht sein (das bezieht sich auf Virchows Äußerungen zu Menschen und Staat *„man kann den Staat einen Organismus nennen, denn er besteht aus lebenden Bürgern. Man kann*

den Staat Gesellschaft nennen, denn er besteht aus lebenden Gliedern gleicher Abstammung. Aber damit hat das Vergleichen ein Ende.Diese Theorien werden vergrößert und in einer für uns erschreckenden Gestalt an uns zurückkehren“).

Nur wenige Jahrzehnte nach seinem Tode machte sich die Politik in der Tat daran, Virchows „Medizin im Großen“ zu praktizieren. Die Idee der Volksgesundheit hatte konzeptuelle Vorarbeit geleistet. Der Totalitarismus, links als Kommunismus und rechts als Nationalsozialismus formuliert, setzte das Wohl des Volkskörpers über das Lebensrecht des Einzelnen. Es bereitete den Initiatoren solcher Gesundheitspolitik keinerlei Probleme, einzelne Volksgruppen gleichsam als „Krebsgeschwüre“ im Volkskörper, als „Schädlinge“, oder wie auch immer die Diagnose einer angeblichen Krankheit und ihrer Erreger lautete, zu identifizieren und genügend Freiwillige zu finden, die sich der Ausrottung dieser Bevölkerungsteile, an der Vernichtung der „Schädlinge“, beteiligten.“

Vortrag **Anne Friedrichs: Akademisierung der Gesundheitsberufe**

Die Akademisierung von Gesundheitsberufen gehe auf Modellklauseln, Gesetzesinitiativen in den letzten 10 Jahren zurück. Hier an dieser Hochschule gehe es zunächst um die Pflegewissenschaften, um die Fachbereiche Ergo-, Logo- und Phy-

siotherapie und um die Hebammenkunde, Wissenschaften im Werden. Die Forschung befasse sich mit Grundlagen, Empirie und der Überprüfung von Handlungskonzepten.

Vortrag **Claire Moore: Interprofessionelles Studium**

Ein Konzept der Interprofessionalität aus dem angloamerikanischen Bereich wird vorgestellt und der dazugehörigen Ausbildung. Ziel ist die Verbesserung der Gesundheitsversorgung, ein Mittel zur Erlangung dessen sei das Lernen von einander

und das Erlernen von Zusammenarbeit. Dafür müsse sowohl in den Curricula der verschiedenen Studiengänge als auch im Arbeitsalltag Zeit und Raum eingeräumt werden.

Vortrag **Bernd Hontschik: Was ist ein Gesundheitsberuf? Verwirrung, Fragen über Fragen**

Warum ist alles organisatorisch und inhaltlich vollständig getrennt vom Studium der Medizin an den Universitäten? Was bedeutet es, wenn Ministerpräsident Rüttgers 2007 von der gewaltigen wirtschaftlichen Potenz der Gesundheitswirtschaft spricht und die Gesundheitsbranche als Hoffnungsträger bezeichnet? Eine mögliche Antwort wäre die Erkenntnis, dass das Gesundheitswesen in eine Gesundheitswirtschaft umgewandelt werde. Könnte es sein, dass da Ärzte nicht hilfreich sind, dass sie mit ihren Erfahrungen und ihrer Tradition stören? Was hat eine "Hochschule für Gesundheit" eigentlich für eine Definition für "Gesundheit"? Und was ist mit der Deprofessionalisierung des Arztberufes? Operations-, Anästhesieassistenten...Wären wir damit einverstanden, wenn die Stewardess in Zukunft das Flugzeug selber flöge, oder der Friseur eine kleine Zusatzausbildung für das Blutdruckmessen bekäme? Wollen wir es tatsächlich geschehen lassen, dass die Heil-

kunst, die nun mal mit dem Arzt verbunden ist, abgeschafft wird, oder geht es um Emanzipation von ärztlicher Dominanz Bernd Hontschik endet mit der Frage nach dem Modell, dem Paradigma, dem theoretischen Fundament der neuen Hochschule zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Diskussion:

eine allzu scherenschnittartige Beschreibung; Spagat: Entlastung des Arztes durch gut ausgebildete Berufsgruppen einerseits und das Bewusstsein des Industrialisierungsprozesses andererseits; Humane Schwarmintelligenz; Ein Viertel aller Studenten hätten Vorausbildung in anderen Pflege-, Therapieberufen; hohe Frustration bei Studenten, mit niemandem auf einer Augenhöhe; Reduktionismus; Erfindung von Krankheiten, hohe Verunsicherung besonders in Familien; Patient ernährt uns; Gesundheit ist nicht länger Ziel des Staates

Fallvorstellung Gernot Rüter

Ein 80 jähriger Patient, multimorbide, mit entsprechenden Medikamenten eingestellt, wird vorgestellt. Der Hausarzt wird während der Sprechstunde wegen einer akuten Symptomatik (Sprachstörung, Gesichts- und Halbseitenlähmung) gerufen. Die Notfallversorgung und die familiäre Situation zu diesem Zeitpunkt im Haus des Patienten werden beschrieben. Die Ergebnisse der Frührehabilitation und der folgenden Rehabilitation werden schema-

tisch aufgeführt. Die Beziehungen des Hausarztes zu weiteren Familienmitgliedern werden mittels eines Familiendiagramms dargestellt, insbesondere der intensive hausärztliche Kontakt mit der Ehefrau bei einer schwerwiegenden Herzerkrankung. Anhand der vorgestellten Leitlinien zum bestehenden Krankheitsbild wird die kritische Frage nach Versäumnissen gestellt und beantwortet.

Fallbesprechung nach der Methode der Reflektierten Kasuistik:

1. *was fällt Ihnen an der Kasuistik auf?*

bei mir ein Fall für 112 / ein Berg der Verantwortung / ein Blitz vor grauer Wolkenwand, Atommeiler / Super-Gau / Patient bleibt stumm / ein Störfall / Verantwortung und Schuld / Respekt und Berührtheit / Angst / wie verhalte ich mich als Patient richtig? / Gefühl des Eingegengten / jetzt fängt meine Arbeit an / Suggestion der Vermeidbarkeit

2. *und was ist daran wichtig?*

eines meiner Themen ist die übernommene Verantwortung / Irritation durch Identifikation mit dem Patienten / Interesse an den Handlungsmechanismen des Arztes / wie eine falsche Welt / Frage der Autono-

mie / Arzt-Patient-Beziehung versus Arzt-Gesellschaft-Beziehung / ein Mix von Verantwortung, Ärger und Pflicht / kein Trost

3. *und was würden Sie gerne noch von dem Patienten wissen?*

Ganz viel, wie geht es ihm, kann er schreiben? / wie ist er in der Berührung, wie riecht er? / wie ist er in der Beziehung, gibt es das Gefühl des Vorwurfs? / wie steht es mit dem Lebenswillen, wollte er, will er sterben? / gibt es eine Perspektive? / wie war die Beziehung zu dem Körper vor dem Ereignis? / über die Hilflosigkeit im Manne / wie war es in der Akutsituation drei Frauen und schließlich den Hausarzt um sich zu haben? / wie geht er mit seiner Angst um, auch in Bezug auf eine in der

Vorgeschichte erwähnte Krebserkrankung?

4. *wie würden Sie die Kasuistik auf Ihrem beruflichen Hintergrund verstehen?*

zusammen mit

5. *stellen Sie sich vor, das wäre Ihr Patient, wie würden Sie weiter vorgehen?*

Bild der „good enough mother“ / Hauptthema werde der Autonomieverlust und die Bewältigung dessen / bei hoher Familiendynamik wäre ein Familiengespräch vorstellbar / Ressourcendiagnostik / Arbeit an der Gesundheitskompetenz / Überlegungen zu möglichen Handlungsspielräumen anstellen / Gefäßstatus und entsprechende Diagnostik

6. *Frage an den vorstellenden Kollegen: „was machen Sie jetzt mit den Rückmeldungen der Gruppe?“*

von einer Begegnung auf der Straße und von der Frage des Patienten „darf ich Autofahren“ wird berichtet, in die Arzt-Patient-Beziehung kommt da ein Stück Lebendigkeit / die Gruppenrückmeldung finde im Vortragenden in vielen Details Resonanz und fasse vieles des nicht Vortragenen passend zu der Arzt-Patient-Geschichte und dem Fall zusammen.

7. *Ist in der Gruppe eine gemeinsame Wirklichkeit von dem Fall entstanden und welche Aspekte beinhaltet diese gemeinsame Wirklichkeit (gemeinsamer Interpretant)?*

Die gemeinsame Wirklichkeit ist nicht benennbar / Wahrnehmung der hochkomplexen Tätigkeit des Arztes / blöde Frage / ein Scheitern bzgl. der Frage ist vorprogrammiert / Ausführung des Bildes „der Elefant und die tastenden Blinden“, jeder tastet etwas anderes

8. *wie wurde die Moderation erlebt?*

Moderatorin fühlt das Gefangensein in der Abarbeitung der Leitlinien und der Klärung der Schuld, hat das Miteinander als solidarisch empfunden; Rückmeldungen der Gruppe: spielerisch rigide / Empfehlung Punkt 1 und 2 strenger zu differenzieren, zwischen ikonisch und indexikalisch / Punkte 1 + 2 und 4+5 von vornherein zusammen zu nehmen, um weniger Runden zu haben / Pause vor Runde 6, da die Pausengespräche ergänzend gewirkt hätten / Vorschlag der Innen- und Außen-gruppe

Gisela Volck

Nach der Modellwerkstatt traf eine **Zuschrift** von Harald Kamps aus Berlin ein:

An den Vorstand der Thure-von-Uexküll Akademie für Integrierte Medizin

Lieber Vorstand,

danke für die Organisation der Modellwerkstatt in Bochum und danke für die Offenheit zur kritischen Diskussion.

Das geflügelte Wort der Tagung wurde ein Umberto Eco Bonmot: „Auf eine komplexe Frage gibt es nur eine Antwort - und die ist falsch.“ Leider reise ich auch mit diesem Eindruck nach Hause. Wir haben die Gelegenheit nicht genutzt, die vielen Antworten auf die komplexen Herausforderungen zu suchen.

Paul Unschulds Einleitung passte leider auch nicht zur Präzisierung der Fragestellung, wie sich die Medizinberufe wandeln. Die wichtigen Medizinberufe standen für ihn bereits a-priori fest: die freiberuflichen Ärzte und Apotheker. Seine Antwort: diese können sich den Bedingungen der kapitalistischen Warenproduktion nicht entziehen und werden zwangsläufig zu Handlangern in einer Welt, in der auch die Politik nur aus Marionettenspielern besteht. Seine Analyse war plausibel, gut begründet, aber leider in ihrer Scherenschnittartigkeit falsch.

Ähnlich erging es mir mit Bernds Beitrag, der die Berechtigung der neugegründeten Hochschule für Gesundheit hinterfragte - er stellte zwar erst mal eine Menge gut begründeter Fragen in einen Raum, in dem die lokalen Repräsentanten der

Hochschule leider nicht anwesend waren - aber seine impliziten Antworten beschrieben doch seine eigene Position: die Regierung in NRW macht nur das Geld locker, damit preiswertere Handlanger die Arbeit der teuren und (manchmal) widerspenstigen Ärzte ersetzen können.

Ein Bachelor-Abschluss in der Pflegewissenschaft hat dann gleich den Makel, den der gesamte Bologna Prozess bei der Bundesärztekammer hat: er kann nur ein Anschlag auf den freien und unabhängigen Arzt sein. Es reicht „Bologna“ zu sagen, schon wissen wir, dass sich hier die Industrie ihre Schmalspurwissenschaftler heranzieht.

Wenn man viele Jahre erlebt hat, wie in den skandinavischen Ländern die Akademisierung der Gesundheitsberufe zu einem kreativen Miteinander von Ärzten und Pflegern und Physiotherapeuten geführt hat mit akademischen Fragestellungen, die in Deutschland keinen müden Forschungs-Euro locker machen, dann ist es irritierend zu erleben, wie eine komplexe Fragestellung „einfach“ und „falsch“ beantwortet wird.

(„Stoppt die E-Card“ ist übrigens eine ähnliche falsche Antwort auf eine komplexe Fragestellung.)

Vielleicht wäre es sinnvoll für die AIM, das eigene theoretische Modell zu erweitern

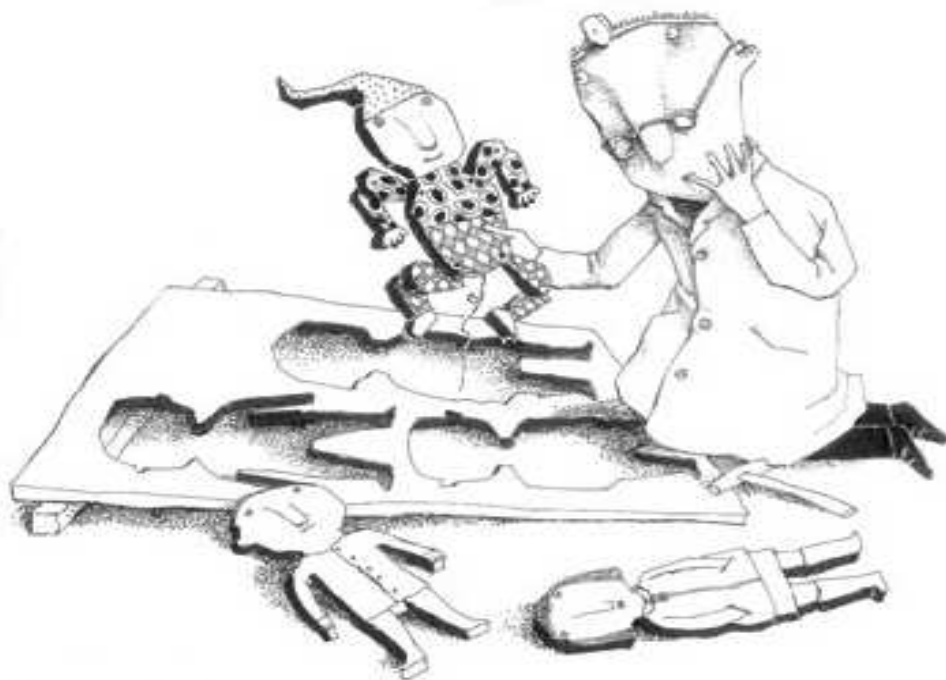
und sich die wissenschaftliche Diskussion zur Komplexität zu eigen zu machen - hier gibt es seit mehr als 10 Jahren Modelle, die helfen, Komplexität zu verstehen und nützlich sind, komplexe Situationen in das tägliche Handeln zu integrieren. Komplexe Situation zeichnen sich dadurch aus, dass es nur mehr oder weniger sichere Beschreibungen der Wirklichkeit gibt und dass es gleichzeitig nur mehr oder weniger große Übereinstimmung der beteiligten Akteure gibt: dadurch wird ein komplexes Feld beschrieben, das in seiner Extremform nur Chaos oder besser: künstlerische Kreativität zulässt und in seiner einfältigen Form Platz hat für ein Maschinenmodell mit einfachen Ursachen und Wirkungen, die von allen geteilt werden. Der große Raum dazwischen verlangt nach Grautönen, Kompromissen,

einfachen Regeln, Metaphern, Mut zum Durchwurschteln - also: der Bereitschaft zum Wandel - auch der Gesundheitsberufe und ihrer unterschiedlichen Aufgaben - der Bereitschaft zum Perspektivenwechsel: weg von der Arztzentriertheit hin zu einer personenorientierten Medizin. Wenig davon wurde in Bochum diskutiert. Schade.

Vielleicht sind es nicht die widerspenstigen Ärzte, die eher ratlos erscheinen, sondern die widerspenstigen Patienten, die sich mit der Kundenrolle nicht zufrieden geben, die den Wandel der Gesundheitsberufe erzwingen?

Liebe Grüße aus Berlin

Harald Kamps



Illustrasjon Eldbjørg Ribe

**Therapie – ein selbstorganisierender Prozess
Systemtheorie und Integrierte Medizin**

Aus der Einladung zur Modellwerkstatt:

„als Bausteine der Meta-Theorie einer Integrierten Medizin bezeichnete Thure von Uexküll die Trias Systemtheorie, Biosemiotik und Konstruktivismus. Auf der Modellwerkstatt 2011 der AIM soll es um die Vertiefung und Diskussion systemtheoretischer Ansätze für eine ganzheitliche Heilkunde gehen.....In unserer gemeinsamen Diskussion wollen wir die Systemtheorie als Meta-Theorie untersuchen und gemeinsam überlegen, inwieweit sie uns hilft, dualistische Modelle der aktuellen Medizin zu integrieren....“ (Werner Geigges)

Vortrag **Jürgen Kriz:**

Systemtheorie und Selbstorganisation und ihre Bedeutung für die Integrierte Medizin

Aus der Sicht der Personzentrierten Systemtheorie unterscheidet J. Kriz verschiedene Systemebenen der „Weise in der Welt zu sein“:

- organismische Beziehung zur Mit-Welt
- kognitive Beziehung
- selbstreflexive und reflexive Beziehung zur Mit-Welt
- auf der Basis verschiedener Strukturvorgaben:
 - biografische Strukturen
 - soziale Struktur
 - narrative Struktur
 - intergenerationelle Struktur
 - kulturelle Struktur

Zur Frage „wie die Welt uns begegnet?“ führt er aus:

- Vorgaukelung – das klassisch mechanistische Weltbild

- In Form von Rückkopplung und Vernetzung, Chaosvermeidung durch Trivialisierung, Eigentrivialisierung, Selbstorganisation (siehe Theorie nicht linearer Systeme)

- Mikro- und Makrounterscheidungen: Emergenz, Ordnungs- Ordnungsübergänge, Phasenübergang

- ein eindrucksvolles Beispiel dazu ist bei Youtube zu sehen:

<http://www.youtube.com/watch?v=wPiLLpl ofYw>

- System-Umwelt-Beziehung: Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, gute Strukturen müssen sich den Entwicklungsaufgaben stellen können, Attraktor (Sinnkern), Komplettierungsdynamik, die Bestimmung von Bedeutungsfeldern durch Entwicklungsaufgaben und Passungsprozesse

Abschließend hebt J. Kriz folgende beachtenswerte Aspekte hervor:

- unterschiedliche System-Ebenen
- angemessene Prinzipien
- zentrale Aspekte
- Phasenübergänge
- Von Leid- zu Leit-Ideen

Vortrag **Reinhard Plassmann:**

Therapie als selbstorganisierender Prozess

Die eigene psychotherapeutische Erfahrung ergibt, dass Vorgänge in der Psychotherapie sich am besten mit dem selbstorganisatorischen Modell komplexer Systeme erklären lassen. Im psychotherapeutischen Prozess bilden sich neue Muster, der Arzt unterstützt im Transformationsprozess vom alten zum neuen, gesünderen Muster.

Aus der Selbstorganisationsforschung: Komplexe Systeme sind nicht linear, sondern diskontinuierlich, es bilden sich Muster, unter bestimmten Bedingungen finden Phasenübergänge statt, z.B. der Laser im physikalischen System. Im Bereich der Biologie, der Nervensysteme, unseres Gehirns werden verschiedene Muster-Typen beschrieben: Rhythmen, Netze und Symbolbildungen.

Mentale Musterbildung und mentaler Transformationsprozess:

Eine von Interesse und Fragen getragene Diskussion folgte.

Vieles des Vorgetragenen ist kostenlos unter <http://jkriz.de/pzs-kriz-ungekurzt.pdf> nachzulesen.

- das Gehirn bildet selbstorganisatorisch Ordnungsmuster.
- das mentale Geschehen wird von Emotionen organisiert

Zur Praxeologie: es geht um das Wahrnehmen der Mentalisierungsmuster, des Dialogmusters, der Emotionsstärke und der Emotionsqualität. Das wird eindrucksvoll anhand von Fallvignetten ausgeführt. Jeder Patient hat seinen individuellen Rhythmus, was sowohl in der Stundenlänge als auch der –frequenz seinen Niederschlag findet. In der Traumarbeit mit Patienten kann eine Wechselwirkung zwischen Traumaschema und Heilungsschema, ein bipolares Muster beobachtet werden. Der Belastung steht im Sinne einer Ressourcenorganisation positives emotionales Erleben gegenüber, zwischen den beiden Polen kommt es zu einem individuellen Oszillieren.

In der Psychotherapie stehen sich zwei komplexe Systeme gegenüber, der Psychotherapeut und der Patient. Das Ziel der

Interaktion ist den seelischen Wachstumsprozess zu fördern.

Die folgende Diskussion ist von positiver Resonanz getragen.

Vortrag **Gisela Volck:**

Selbstorganisation im Praxisalltag – Chaos in der Praxis

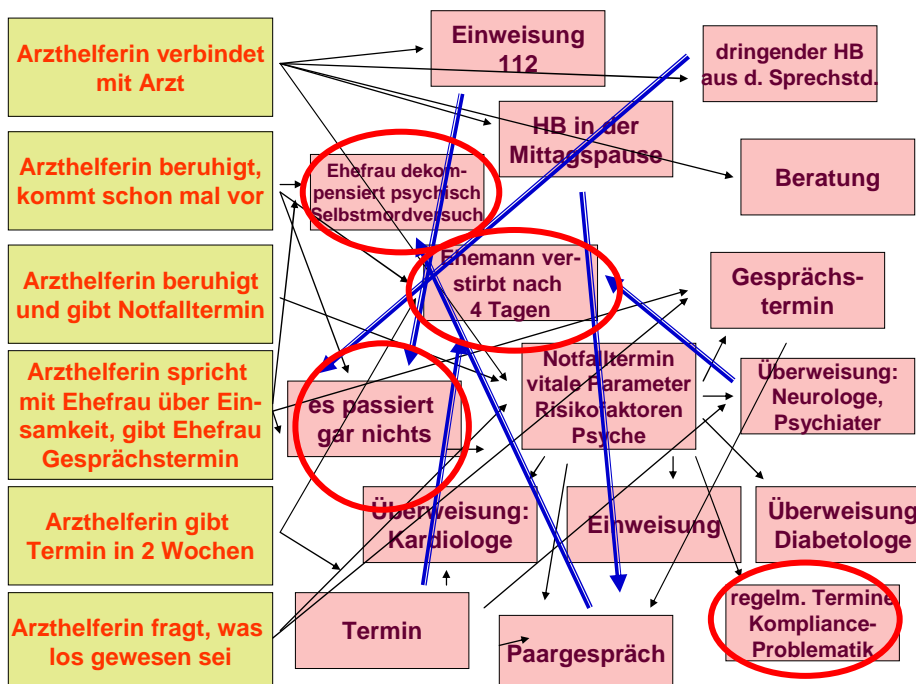
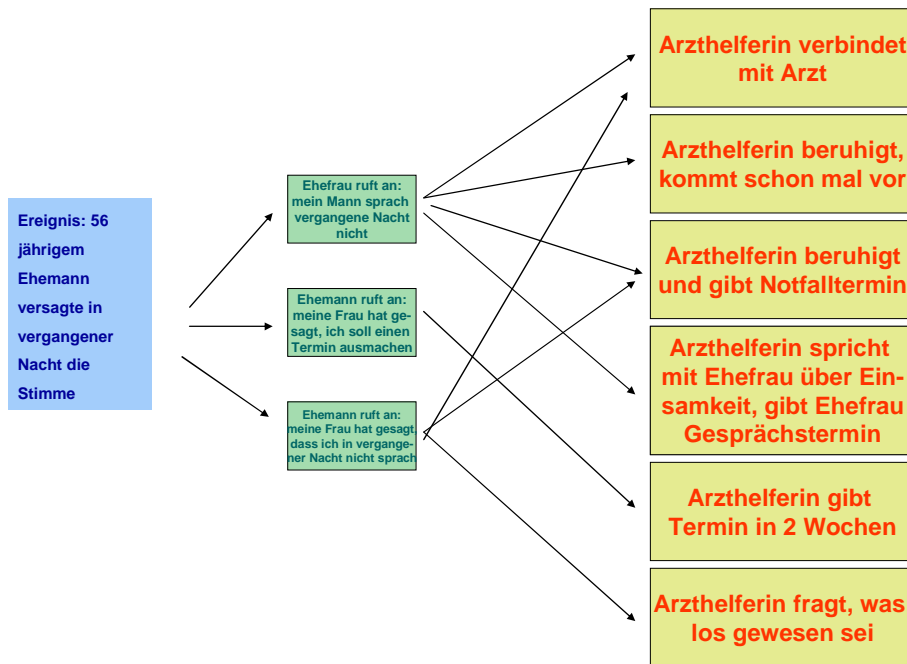


Ausgehend von dem Qualitätsmanagement der Allgemeinmedizinischen Praxis im Jahr 2011 wird dargestellt, dass das

Praxissystem, repräsentiert durch 2 Ärzte, 3 Arzthelferinnen und 1200 Patienten nicht durch ein fest stehendes Regelwerk

lenkbar ist. An den Beispielen „Hausarztverträge“ und „Schweinevirusepidemie“ wird deutlich, dass die auf Entscheidungen folgende Praxisentwicklung nicht voraussagbar ist. Es kommt allzu oft anders als man denkt.

Anhand des Beispiels „Notfall am Telefon“ wird dem gängigen Algorithmus-Denken eine sich ins chaotische entwickelnde Kaskade von Möglichkeiten gegenübergestellt



Offen bleibt letztendlich die Frage, warum trotzdem über 99% der Patienten ihren richtigen Platz, der Patient mit TIA auf der Intensivstation, der mit der Hypoglykämie beim Diabetiker, das Paar im Konflikt beim Gespräch, finden. Das wird mit der Wahrnehmungs- und Verwertungsleistung der Arzthelferinnen und Ärzte erklärt. Das gelingt mit entsprechender Zeichenwahrnehmung, Bedeutungserteilung und dem Wissen um die Geschichte des Kranken, der Krankheit und der Arzt-Patient-Beziehung.

Abgeschlossen wird mit dem leidigen Thema der Wartezeiten. Um der Fragestellung, warum eine Verzögerung von 30 Minuten durch einen Notfall zu 3 Stunden Wartezeit im Laufe eines Vormittages führt, auf die Spur zu kommen, wird ein Ausflug in die Physik von Transport und Verkehr gemacht. In der Stauforschung wird genau diese Frage untersucht. Hier

Fallvorstellung von Gerlind Leininger

Den Anwesenden wird durch ein einstündiges Arzt-Patient-Gespräch eine Gelegenheit gegeben, in die Arbeit der Reha-Klinik Glotterbad, in die Arzt-Patient-Beziehung der vor uns Sitzenden, die im Laufe einer 8 wöchentlichen Behandlung entstanden war, und in das Leben der Patientin Einblick zu nehmen.

Wir lernen eine 40jährige, jünger wirkende zarte Frau kennen, eine kraftlose Kämpfe-

ist die Quintessenz, dass Überreaktionen auf Unregelmäßigkeiten zunächst zur Verlangsamung, bis hin zum Stillstand führen und dass sich dann aus der Verlangsamung heraus eine neue Ordnung bildet. In Analogie dazu hieße das, dass auf das erste Hindernis, den Notfall, sich weitere Hindernisse (Überreaktionen) aufbauen, Irritationen in den Arzt-Patient-Beziehungen, um dann aus der Verlangsamung heraus eine neue Ordnung zu bilden.

Die Ausführungen werden kontrovers diskutiert, der Stau wird teilweise als unpassende Analogie empfunden. Enttäuschung über die fehlende Klärung, wie es nun zur Selbstorganisation kommt, wird ausgedrückt.

rin, die vor der Einweisung in die Klinik am Ende war, „ich war total verloren“, „ich habe nur geweint“. Sie berichtet uns, wie gut ihr so vieles in der Klinik getan habe: die Trauma-Therapie-Gruppe, der Angst-Depressionskurs, der Umgang mit ihren Magenschmerzen „machen sie sich eine Wärmflasche und legen sich damit ins Bett“ und wie gut es war, dass abends immer jemand zum Ansprechen da war. Am Rande erwähnt sie, dass auch man-

ches schwer war: das Klagen und Entwer-
ten mancher Mitpatienten. Uns Zuhörern
wird schnell klar, dass die Patientin da
einen für sich guten Platz gefunden hat,
sie wird gesehen, wahrgenommen, ver-
sorgt und gefordert. Erst im letzten Viertel
der Vorstellung bekommen wir kleine
Hinweise auf ihre Geschichte, Traumata
und Konflikte. Wir bekommen eine Ah-
nung von einer endlosen Serie von Verlet-

zungen, die sie von Kindheit an erlitten
hat.

Auf die Frage, was ihr die Kraft gegeben
habe immer weiter zu machen, erzählt sie
mit einem lachenden Gesicht von ihrer
Liebe zum Leben und zur Natur, ihrer Su-
che nach einer besseren Zukunft und von
ihren imaginären Beschützern.

Da kommt ein Stück Märchengefühl auf.

Fallbesprechung nach der Methode der Reflektierten Kasuistik:

Moderation: A. Staufenbiel-Wandschneider

Die Rückmeldungen zu

1. „*was fällt an der Kasuistik auf?*“

sind vorwiegend von Polarität getragen:
schwach und doch stark, aggressiv und
schutzbedürftig, dickbockig und brüchig,
aber auch Irritation, Fassade.....

2. „*was ist daran wichtig?*“

wie in einer Märchen- oder Phantasie-
welt, wie eine Pionierin, Selbstformung,
Entwicklungsmuster, Patienten-Dynamik

3. „*was würden sie gerne noch von der
Patientin wissen?*“

aus was für einer Familie kommt sie? wo-
her wird ihre starke, kreative Seite ge-
nährt? Wie gestaltet sie Beziehung?

4. „*wie würden Sie die Kasuistik auf Ihrem
beruflichen Hintergrund verstehen?*“

negatives Bindungsmuster, psychosoziale
Umordnung, Umstellung im Prozess des
Älterwerdens

5. „*wie würden Sie weiter vorgehen?*“

Schwerpunkt auf das Kennenlernen neuer
Fähigkeiten, das Fallenlassen alter Mus-
ter, Trauerarbeit, Planen konkreter Schrit-
te ins Leben, Aufgabe der Märchen-
Phantasien, hilfreiche Umwelten entde-
cken, gesellschaftliche Ressourcen the-
matisieren

6. In der Rückmeldung der vorstellenden

Kollegin G. Leininger zeigt sich viel Ge-
meinsames mit dem Geäußerten, implizit
scheint ein gemeinsames Muster entstan-
den zu sein.

Viele im Raum stehende Fragen werden
durch den anschließenden Beitrag zur
Geschichte der Krankheit und der Kran-
ken erhellt. Auf deren Wiedergabe wird

hier aus Gründen des Patientenschutzes verzichtet.

In der Abschlussrunde zeigte sich hohes Interesse bzgl. des Themas „Systemtheorie und Integrierte Medizin“, man war sich einig, dass diese Arbeitsform für die Modellwerkstatt fortgesetzt werden sollte.

Anmerkung der Verfasserin:

Mir wurde deutlich, dass wir gewohnheitsgemäß auf die Arzt-Patient-Beziehung fokussieren, verständlich, wenn man seine Patienten gut versorgen will! Doch die Arzt-Patient-Beziehung steht in unnachgiebiger Abhängigkeit vom System, in dem sie stattfindet. Ich denke wir sollten

anfangen, die Systeme, in denen die Arzt-Patient-Beziehung stattfindet, mehr einzubeziehen. Der Schritt ist allerdings folgeschwer, denn damit sinkt unsere Möglichkeit des Bestimmens und Kontrollierens. Hören wir doch oft von interessierten Kollegen Äußerungen wie, euer Modell ist schön und gut, aber in meiner hektischen Praxis habe ich keinen Platz dafür.

Ich finde es spannend zu untersuchen, wie wir mit unserem Modell in unseren Systemen weiterkommen, ich in meiner manchmal chaotischen Hausarztpraxis.

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 vom Vorstand sind den
Suchenden und Anbietenden gerne behilflich.**

Mein Dank an die AIM von Giovanni Maio

Als Werner Geigges eines Tages über seine Sekretärin ausrichten ließ, dass er mir einen persönlichen Besuch abstatten wollte, war das schon Anlass zu großer Freude, weil ein Besuch von Werner Geigges allein schon wegen seiner Persönlichkeit so vielversprechend war. Dass Werner Geigges neben seiner Persönlichkeit auch noch eine so faszinierende Überraschung mitbringen würde, konnte ich nicht ahnen. Er war nämlich eigens gekommen, um mir im Namen der AIM eine Urkunde zu überreichen, mit der ich zum Ehrenmitglied der AIM werden sollte. Diese Urkunde hat mich damals schon berührt, und sie berührt mich heute noch immer. Dass sie mich so berührt(e), liegt wohl daran, dass ich mit einer solchen Ehre nie gerechnet hätte, und wohl auch an der so unwahrscheinlich anmutenden Vorstellung, dass man im Vorstand irgend einen Konsens darüber gefunden haben musste. Vor allem aber hat die Berührung damit zu tun, dass ich eine geistige Verwandtschaft, um nicht zu sagen, eine Seelenverwandtschaft mit der Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin verspüre. Diese Verwandtschaft hat sicher damit zu tun, dass ich einst begann, Medizin zu studieren in der Annahme, dass ich über das Arztsein einen Zugang zur Lebenswelt von Menschen in Krisensituationen bekäme, der es mir ermöglichte, als ganzer Mensch für den ganzen Menschen da zu sein. Diese meine Idealvorstellung als junger Student ist bis heute geblieben, auch wenn das „Ambiente“ der Medizin, die mich heute umgibt, in einem diametralen Gegensatz zu dieser damaligen Vorstellung steht. Und wenn ich heute Medizinethiker bin, steht auch dieser Werdegang ganz sicher in Zusammenhang mit dieser damaligen Vorstellung, die an eine junge Studentengeneration weiterzugeben ich mir als Aufgabe gestellt und zur Berufung gemacht habe.

Die AIM ist in einer Zeit entstanden, als ich selbst mein Ideal an der Wirklichkeit eines internistischen Krankenhausalltags zerbrechen sah. Dieser Bruch des Ideals an der Wand der Wirklichkeit hat mich vielleicht umso überzeugter zur Philosophie getrieben, weil ich ergründen wollte, warum meine Urvorstellung von einer humanen Medizin so inkompatibel mit der Faktizität des medizinischen Alltags schien. Und genau in der Zeit, als ich mich aufmachte, das Defizit der modernen Medizin theoretisch zu ergründen, keimte die Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin auf, sozusagen als ein Zeichen dafür, dass der Gedanke an eine Medizin, die es mit dem ganzen Menschen zu tun hat, dass dieser Gedanke viele Ärzte verbindet und somit in vielen Bereichen der Medizin nach wie vor weiterlebt. In direkter Nachbarschaft zur damaligen Klinik, in der ich mehr als Techniker denn als Arzt arbeitete,

befand sich bezeichnenderweise eine Klinik für Psychosomatik, und wäre ich damals schon nur ein paar Schritte weiter gelaufen, möglicherweise wäre ich in der Psychosomatik geblieben. Das Schicksal wollte es anders. Dass ich aber heute eine direkte Verbindung zu einer Medizin haben darf, die psychosomatisch ist ohne dass man es merkt (Bertram 1999, Kleine Bibliothek der AIM Nr. 12) empfinde ich als hohe Gunst, weil die moderne Medizin nichts dringlicher braucht als eine Medizin, die sich als integrierte Medizin begreift.

Ein Grundverständnis von Mensch und Medizin wie es die AIM vertritt, ist heute dringender denn je, denn die Großwetterlage der modernen Medizin steuert genau auf das Gegenteil dessen zu, was die AIM von ihrer Grundidentität ist. Statt des Multiperspektivischen folgt die moderne Medizin dem Partikularen, statt der Zuwendung zum Individuum in all seinen je einzigartigen Bezügen leistet die moderne Medizin der Standardisierung und Modularisierung der Behandlungsformen immer weiteren Vorschub. Statt des Verstehens als Grundform der Behandlung von Krisensituationen steuert die moderne Medizin auf das Schema zu und auf die Nacktheit formaler Zahlen und Vorgaben. Statt eines geschützten therapeutischen Raums, der eine intensive Beziehung ermöglicht, steuert die moderne Medizin auf die Abschaffung der persönlichen Beziehung zu; alles soll ersetzbar und von jedwedem Arzt in gleicher Weise angeboten werden können. In einer solchen Ära des Verschwindens des Begegnungscharakters von Heilung ist die gesamte Medizin aufgerufen, sich zu ihrer Kernidentität neu zu bekennen und für das einzutreten, was nicht nur für eine Einzeldisziplin Psychosomatik, sondern für die gesamte Medizin in allen Bereich von unabdingbarer Notwendigkeit ist: das Wiederentdecken der Sorge um den anderen als Kerngehalt dessen, was Medizin als Heilkunde ausmacht. Mit der AIM besteht die Chance, dass dieser zentrale Wert präsent gehalten wird, weil hier Menschen zusammenkommen, die fest entschlossen sind, diese Kernidentität der Medizin auch in Zeiten der Ökonomie mit tiefer Überzeugung zu vertreten. Die AIM hat mit ihrem Konzept der integrierten Medizin ein unabdingbar notwendiges Paradigma aufzubieten, das in Zeiten der Industrialisierung der Medizin ansonsten komplett weggespült zu werden drohte. Dass es die AIM gibt, empfinde ich als Hoffnungsschimmer, und ich danke dem Vorstand für die so wohlwollend gewährte Chance, an der weiteren Entwicklung der AIM teilhaben zu dürfen.

Giovanni Maio

HAMLET (Hausarztmedizin als Lebenskunsttherapie)

Im November 2010 lud Gernot Rüter mit folgendem Text zu einem Treffen im Januar 2011 ein:

HAMLET steht für Hausarzt-Medizin als Lebenskunst-Therapie

Die Berufung auf Lebenskunst lehnt sich an die Lebenskunstphilosophie der Antike, wiederbelebt durch Philosophen wie Fr. Schiller, Hölderlin, Nietzsche Heidegger, Foucault und Schmidt an.

Kurz zusammengefasst:

EBM und Leitlinien sind konzentriert auf Pharmakotherapie und bilden zwar einen wichtigen, aber nur einen kleinen Teil der hausärztlichen Tätigkeit ab

Lebenskunst bedeutet, dass jeder Einzelne durch Auswahl, durch Einübung (Askese) eine eigene Lebenspraktik entwickelt, die ihm durch Selbstformung erlaubt, ein gelingendes Leben zu führen. Ziel: Ästhetik der eigenen Existenz.

Wo Krankheit, Handicap, mangelnde Ressourcen physische, psychischer oder sozialer Art ihn an der Selbstformung hindern, ODER, wo ein Scheitern in den Lebenskunstbemühungen zur Krankheit führt, auch wieder mit

physischer, psychischer oder sozialer Dimension, ist der Arzt, besonders des Hausarzt als chronischer Arzt gefragt, wo die Kompetenz des Hausarztes wegen der Schwere der Schädigung überschritten sind, kann zusätzlich die Hilfe von Spezialisten eher der Körperseite oder eher der Seele notwendig sein.

der Hausarzt unterstützt seinen Patienten auf einer Vielzahl von Feldern, wo eben das Problem liegt, oder wo Hilfen besonders erforderlich sind.

Über den Umfang dieser von unzähligen Hausärzten geleisteten Arbeit ist wenig bekannt, Hausärzte trauen sich kaum, diese schwer fassbare Arbeit als ihre tägliche zu reklamieren.

Über die Methodik, WIE Hausärzte das tun, ist auch wenig bekannt. DESHALB

soll HAMLET als Beobachtungsstudie der eigenen Tätigkeit Aufschluss darüber liefern, ob, in welchem Umfang, wie und mit welchem Erfolg, bei welchen Patienten Hausärzte Lebenskunstunterstützung bieten...

Unter dieser Fragestellung fand vom 28.01-30.01.2011 ein erstes und am 17.06.-18.06.2011 ein zweites Treffen statt.

2. Treffen zur Hausarztmedizin 17.-18.06.2011 Auszüge des Protokolls von Vera Kalitzkus

Teilgenommen haben: Ulrich Barthelmes, Martin Erdmann, Michael Hermeling, Vera Kalitzkus, Theodor Dierk Petzold, Franziska Prüfer, Gernot Rüter, Ulrike Rüter, Hans-Ulrich Sappok, Gisela Volck

Freitag, 17.06.11

Ressourcenorientierte Ansätze in der Hausarztpraxis – eine qualitative Studie (Dissertationsvorhaben)

von Franziska Prüfer.....

Impulsreferat zu einem systemischen Modell der gesunden Selbstregulation – Zusammenfassung

von Theodor Dierk Petzold

Der Mensch entwickelt sich in Resonanz zu seinen Über-systemen wie Umwelt, Familie, Kultur, Biosphäre („Daseinsdimensionen“). Die Daseinsdimensionen werden unterschieden nach der Art der Kommunikation, die sie auszeichnet: direkt zwischenmenschlich, indirekt über Zeichensysteme und global reflexiv und ggf. universell. Das Individuum entwickelt sich autonom und gesund in Resonanz in und zu den Systemdimensionen. In immer wiederkehrenden Zyklen der psychophysischen Selbstregulation mit den Phasen 1. (Selbst-)Wahrnehmung, 2. Aktivität und 3. Bilanzieren/Lernen nähert es sich seinen immanenten Attraktoren (Soll-Zuständen, wie auch Bedürfnissen und attraktiven Gesundheitszielen) in unterschiedlichen Daseinsbereichen an.

Dazu dienen das neuropsychische Annäherungs- und das Abwendungssystem. Diese beiden motivationalen Systeme sollen synergetisch kooperieren. Bei einer

relativen Überaktivität des Abwendungs-(=Vermeidungs-)modus kommt es leichter zu Stresserkrankungen und Depression. Deshalb ist es bei diesen Menschen besonders wichtig, dass der Arzt das Annäherungssystem kommunikativ anregt. Ein Annäherungsmodus ist auch grundlegend für eine tragfähige vertrauensvolle Patient-Arzt-Beziehung.

Eine ärztliche Beratung beginnt in der Regel mit einer Bilanzierung der Vorgeschichte, dann erfolgt die Wahrnehmung des Ist-Zustandes (Befinden, Befund) und dessen Bewertung (Diagnose), worauf eine (Be-)Handlung (auch des Patienten, wie z.B. Bewegung, Medikamenteneinnahme) erfolgt. Anschließend wird wieder implizit oder explizit bilanziert: Hat die Aktivität geholfen? Ärztliche Beratung ist somit eine kommunikative Begleitung und Anregung des Patienten in seiner gesunden Selbstregulation. Diskussion: Der Begriff der Resonanz stieß auf breite Akzeptanz.

Samstag, 18.06.11

Anliegen für HAMLET

Den hausärztlichen Alltag betrachten und versuchen zu verstehen, mit welchem Handwerkszeug wir es schaffen, in diesem hoch komplexen System, das durchaus Chaosstrukturen aufweist, zu richtigen Entscheidungen zu kommen. Das Konzept der Resonanz erscheint hierzu sehr stimmig. Zum heutigen Stand: Wie kann ich das, was in der hausärztlichen Praxis / Tätigkeit vor sich geht, beschreiben, so dass es nach außen hin verstehbar wird. (Gisela Volck)

Wie kann diese benannte Beschreibung hausärztlicher Tätigkeit an Studierende vermittelt werden? Die konkrete Praxis ist dafür wichtig. (Hans-Ulrich Sappok)

Was glauben wir, was wirkt außerhalb der medizinischen Therapien? Was wirkt durch unser Tun, Dasein und Kommunizieren? Wie wirken Ärzte schon allein durch ihre Profession, kulturell-systemische Funktion als Spiegel für Patienten – ohne individuelle Besonderheiten? Was wollen wir im hausärztlichen Handeln kultivieren – jenseits der konkreten Medizin? (Theo Petzold)

1. Kultivierung der Hausarztmedizin, 2. Klärung: Verhältnis meines Verständnisses der Übertragung und des öffnenden Elementes vs. Resonanzsystem: Welcher Status, wie weiter entwickeln. (Martin Erdmann)

Tieferes Verständnis des Spezifischen der Hausarztmedizin und dies nach außen deutlich machen. Passungsverhältnis zwischen Arzt und Patient / Prägung hausärztlichen Handelns und der A-P-Begegnung durch subjektive Aspekte (Biographie, Sozialisation, eigene Haltung zu Gesundheit und Krankheit). (Vera Kalitzkus)

Es wäre bedauerlich, wenn Hausärzte verschwinden würden, denn sie haben eine wichtige Bedeutung für die Gesellschaft. D.h. für das Anliegen: 1. Beschreiben, was passiert in Hausarztpraxen; 2. So formulieren, dass es sich transportieren lässt: gesellschaftlich nach außen tragen und für Studierende das Bild hausärztlicher Tätigkeit positiv besetzen. Konkrete Fragen: Wie kann dieses spezifisch Hausärztliche in der täglichen Praxis genutzt werden; was und wie wirkt es, welchen Benefit hat es für die Patienten? (Gernot Rüter)

Optimierung der eigenen praktischen Arbeit; Bewusstwerdung: was tue ich da? Mit der Erfahrung wird der Bereich des impliziten Wissens immer stärker – wie greifbar machen? (Ulrich Barthelmes)

Ein Vormittag in der HA-Praxis – Aufzeichnung anhand der „Mikroszenen“ (Gisela Volck) Von Gernot Rüter

Gernot Rüter stellt einen Vormittag in seiner hausärztlichen Praxis dar, den er anhand der Mikroszenen-Tabelle, wie sie Gisela Volck entwickelt hat, beobachtet hat. Diese Form der Selbstbeobachtung kostet Zeit und ist anstrengend, so seine Erfahrung, es ist jedoch machbar. Die Reflexion des eigenen Tuns in dieser Form empfand er als wertvoll, bereichernd und aufschlussreich.

Schwierigkeiten machte die genaue Aufzeichnung der zeitlichen Abläufe und der räumlichen Organisation. Die Aufzeichnung wird noch aufschlussreicher, wenn zu erkennen ist a) wie viele Patienten sich gerade in den Behandlungsräumen und am Telefon befinden; und b) wie lange die Konsultationen jeweils dauern und welchen Anteil hier Telefonate oder andere Tätigkeiten einnehmen.

Daran wurde bereits ein Spezifikum hausärztlicher Tätigkeit deutlich: die Komplexität und Gleichzeitigkeit verschiedenster Aufgaben und Ansprüche, die es zu bewältigen gilt („Multitasking“, „Chaos-Management“). Strukturiertes, geplantes Arbeiten ist meist nicht möglich, „Störungen“ eher die Regel.

In der Diskussion wurde ein weiteres Merkmal deutlich: Mit jedem Konsultationsanlass kommt eine ganze Lebensgeschichte bzw. Geschichte einer oft langjährigen Arzt-Patienten-Beziehung in die Sprechstunde, die häufig weit über das aktuelle Geschehen hinausreicht. Der Arzt befindet sich – zumal in ländlichen Gebieten – häufig in einer multiplen Beziehungsstruktur zum Patienten, die ebenfalls in die Konsultation „hineinstrahlt“.

Die Versuchung bei der Diskussion der Mikroszenen liegt darin, sich in die einzelnen Patientenfälle hineinziehen zu lassen – sie sind wie ein Fenster, das sich öffnet

Zu den einzelnen Kategorien für die Mikroszenen:

Uhrzeit – Patient – Beratungsanlass – Geschichte der Krankheit(en) – Geschichte des Kranken – Geschichte der Arzt-Patient-Beziehung – Stimmung – Offenes/geschlossenes System – Ordnungsübergang – Lebenskunaspekte/Möglichkeiten/Wahl/Askese – Bemerkungen/z.B. Intersubjektives Enactment

Diskussion:

Die am ärztlichen Alltag orientierte Diskussion hat sich als sehr fruchtbar erwiesen. Deutlich wurde auch, dass darüber theoretische Divergenzen besser diskutiert werden konnten bzw. sich auflösten. Die Klärung der theoretischen Rahmung des Projektes ist wichtig und

Im ärztlichen Handeln wird immer auch ein Sprachraum geschaffen. Um das ärztliche Tun zu beschreiben, hilft es die verwendete Sprache/Sprachräume zu verstehen (z.B. Beamtensprache, technische Sprache, Nationalsprache, Slang etc ...) (Michael Hermeling)

Was bewirkt es im Outcome, wenn wir uns unser Handeln bewusst machen? (Martin Erdmann)

1. Die jahre- und jahrzehntelange gemeinsame "erlebte Geschichte" von Patient und Hausarzt (auch generationenübergreifend) als besondere Qualität der Hausarztmedizin (vgl. auch "Mehrgenerationentherapie" in der Familientherapie [Sperling et.al. oder Ritsche]). 2. Anschließend an Hans-Ulrich Sappok: Wie kann schon im Studium 1. die vorhandene Bereitschaft, die Perspektive des Patienten einzunehmen, aufgegriffen werden, 2. Wahrnehmung für "Hausarztkomplexität und Wichtigkeit für die Patienten und die Gesellschaft" schon vor dem allgemeinmedizinischen Praktikum so schärfen, dass die Studenten es während des Praktikums erfassen. Optionen: Beobachtungsaufgaben für wesentliche Parameter, Vertiefung in begleitenden Übungen. (Ulrike Rüter)

und den Blick freigibt auf die Komplexität dieser A-P-Beziehung und Krankheits-/Lebensgeschichte der Patienten. Ziel der Mikroszenenbeobachtung ist es aber auch und gerade zu untersuchen, wie sich dieser Tag für den Arzt / die Ärztin gestaltete: Was ergibt einen „guten Tag“, was einen „schlechten Tag“? Wie strahlen die diversen Kontexte in die jeweilige Konsultation mit hinein („Notfall am morgen“, persönliche Befindlichkeit, schwerste Erkrankungen vs. „Bagatellanlässe“)? Der „Fall“ ist hier also nicht der Patient oder die individuelle A-P-Beziehung, sondern der Arzt und das Praxisteam, die Praxis-Selbstorganisation. Für die Beobachtung heißt das, zu erkennen, was an der einzelnen Konsultation nicht individuell ist, sondern dem Praxisstil oder ärztlichem Stil entspricht.

Deutlich wurde auch die Verknüpfung von aktuellem Anlass und längerer A-P-Beziehung (Vertrauen, Kenntnis der komplexen Krankengeschichte, Kenntnis der Lebensgeschichte/soziales Umfeld/Familie). Dieses Hintergrundwissen ermöglicht eine andere Behandlung, patientenorientierte Behandlung. Die aktuelle Konsultation ist wie ein Brennpunkt zwischen longitudinaler Geschichte und aktuellem Querschnitt.

Anhand der Aufzeichnung entspann sich eine Diskussion über die Kategorien, die zur Beobachtung gewählt werden: a) es wurde z.T. darunter je Unterschiedliches verstanden; b) es zeigten sich Unschärfen in den Kategorien, die erst anhand der Fälle deutlich wurden; c) je nach eigenem theoretischen Hintergrund boten sich weitere bzw. das Weglassen bestimmter Kategorien an. An den Kategorien der Mikroszenen ist also weiter zu arbeiten.

soll weitergeführt werden. Der theoretische Input gepaart mit ausführlischer Diskussion anhand konkreter Praxis hat sich als ertragreich erwiesen. Es wurde vereinbart, zunächst die gemeinsame Arbeit mit den Mikroszenen fortzuführen.

Ein drittes Treffen Ende 2011 ist in Planung

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

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

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 Glottertal
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

Schwerin: Dr. med. Philipp Herzog,
Mecklenburgstr. 59, 19053 Schwerin,
Tel 0385-5777373, Fax 0385-5777374,
Email: schwerin@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
Tanusstr. 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

BERNARD LOWN

Bernard Lown, hat im Juni in Boston seinen 90. Geburtstag gefeiert. Wikipedia stellt ihn im Internet mit den folgenden Worten vor: "**Bernard Lown** (* 7. Juni 1921 in Utena, Litauen) ist ein US-amerikanischer Kardiologe und Aktivist der von ihm mitbegründeten Vereinigung *International Physicians for the Prevention of Nuclear War* (IPPNW), für die er gemeinsam mit seinem russischen Kollegen Jewgeni Tschasow 1985 den Friedensnobelpreis entgegennahm. Als Kardiologe ist er Erstbeschreiber und einer der Namensgeber des Lown-Ganong-Levine-Syndroms, Entwickler der über Jahrzehnte weltweit verwandten Lown-Klassifikation für ventrikuläre Extrasystolen, Erfinder der Elektroschockbehandlung (Defibrillation und Kardioversion) bei Herzrhythmusstörungen und Gründer des *Lown Cardiovascular Center* an der *Harvard Medical School* der *Harvard University* in Cambridge (Massachusetts)." (http://de.wikipedia.org/wiki/Bernard_Lown) Was in der Aufzählung fehlt: Bernard Lown ist Ehrenmitglied der Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin!

In der Frankfurter Rundschau veröffentlichte Bernd Hontschik in seiner regelmäßigen Kolumne 'Diagnose' am 4. Juni 2011 den folgenden

Glückwunsch!

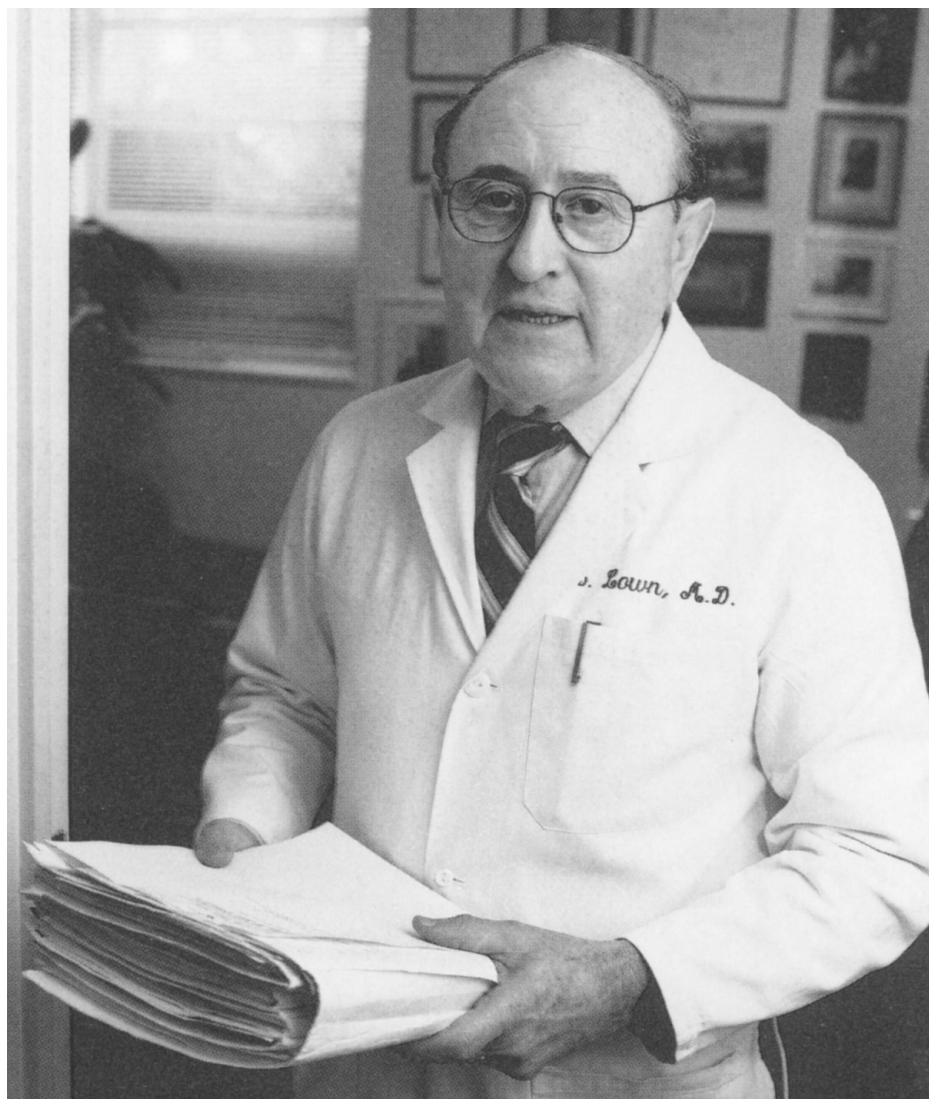
Jeder politisch Interessierte hat schon von Bernard Lown gehört. Er hat 1985 gemeinsam mit dem Russen Chasow den Friedensnobelpreis erhalten, für den Kampf der "Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs" (IPPNW) gegen die Atomrüstung. Auch jeder Arzt kennt Bernard Lown. Die Einteilung der Herzrhythmusstörungen "nach Lown" ist medizinisches Grundwissen. Sogar jeder Fernsehzuschauer kennt Bernard Lown - oder zumindest seine epochale Erfindung des Defibrillators: alle treten vom Bett zurück, der Körper bäumt sich unter dem Stromschlag auf, das Herz schlägt wieder! Hunderttausende Menschenleben sind so gerettet worden. Die Rede ist von immer demselben Mann. Wer ist dieser Bernard Lown?

Bernard Lown hat ein Buch geschrieben mit dem denkwürdigen Titel "Die verlorene

Kunst des Heilens". Er geißelt darin die Zerstörung der ärztlichen Tätigkeit durch die Industrialisierung des Gesundheitswesens: "In dem Augenblick, in dem Fürsorge dem Profit dient, hat sie die wahre Fürsorge verloren." Das Buch ist voller mitreißender Anklagen gegen eine technisierte, entseelte, profitorientierte Medizin. Aber Jammern ist nicht Lowns Sache. Mit jeder seiner faszinierenden Fallgeschichten weist er auch Wege zu einer Medizin, die wieder die Kunst des Heilens in den Mittelpunkt stellt und nicht die Kunst der Profitmaximierung. Jedem Arzt und jeder Ärztin, jedem Patienten und jeder Patientin ist dieses Buch zu empfehlen. Bernard Lown ist ein berühmter Arzt. Und er denkt und handelt politisch, eben weil er von ganzem Herzen Arzt ist. 1997 gründete er in Boston das "Ad Hoc Committee to Defend Healthcare" gegen die Kommerzialisierung

des Gesundheitswesens. Dann kam noch "SatellLife" hinzu, ein Online-Netzwerk zur Kommunikation mit Ärzten in Afrika. All das macht sein zweites Buch ebenso lesenswert: "Ein Leben für das Leben", in dem er seinen Kampf und den der IPPNW beschreibt, um die Menschheit vom atomaren Wahnsinn zu befreien. Er beschreibt seinen

Widerstand gegen die Bedrohung durch die riesigen Atomwaffenarsenale und die "friedliche" Nutzung der Atomenergie wie in einem Tagebuch. Und wenn man ausgelesen hat, wünscht man sich, Bernard Lown wäre noch ein junger Mann. Dem ist aber nicht so. Bernard Lown wird am 7. Juni 2011 neunzig Jahre alt. Herzlichen Glückwunsch!



Buchtipps 1: Bernard Lown: Die verlorene Kunst des Heilens; gebundene Ausgabe Schattauer 2003; 39,95 Euro; Suhrkamp Taschenbuch 2004; 12,50 Euro.

Buchtipps 2: Bernard Lown: Ein Leben für das Leben; Academia Verlag 2009; 28,50 Euro