

Liebe Leserinnen und Leser,

vor einigen Jahren haben wir den „Destruktivin-Preis“ für sogenannte „Killersätze“ verliehen. Damit waren unsensible Äußerungen von ÄrztInnen gemeint, die die Betroffenen zum Teil noch nach Jahren belasteten. Jetzt wollen wir auch einmal die andere Seite beleuchten: Es geht um positive Erfahrungen mit ÄrztInnen. Wir erfahren, dass eine langjährige Unterstützerin der Stiftung LEBENSNERV vor vielen Jahren gute Erfahrungen mit einem unserer Jurymitglieder als Arzt gemacht hat. Wir haben Frau Praetorius gebeten, ihre Geschichte aufzuschreiben und zu verdeutlichen, welche Merkmale ihrer Ansicht nach gute ÄrztInnen auszeichnen. Auch die anderen Beiträge in dieser Ausgabe von FORUM PSYCHOSOMATIK beschäftigen sich mit „guten ÄrztInnen“. Diese Diskussion wollen wir fortsetzen. Deshalb möchte ich Sie ermuntern, uns zu schreiben, wenn Sie gute Erfahrungen mit ÄrztInnen gemacht haben. Was haben Sie als hilfreich erlebt?

Ein wesentliches Element einer gelungenen Beziehung zwischen ÄrztInnen und Betroffenen ist die Kommunikation. Das ist bekannt und in vielen Studien belegt. Eine gelungene Kommunikation trägt nicht unwesentlich zum Heilerfolg

bei. Aber obwohl niemand diese einfache Wahrheit ernsthaft bezweifelt, entwickelt sich das Gesundheitssystem in eine Richtung, die eine „sprechende Medizin“ zunehmend verhindert. Inzwischen wird es selbst solchen ÄrztInnen, die um die heilende Wirkung einer gelungenen Kommunikation wissen und sie gerne einsetzen würden, durch einengende Strukturen immer schwerer gemacht, ihren Beruf so auszuüben, wie sie es wollen und für sinnvoll halten.

Das ist schlimm. Schlimm ist auch, dass chronisch kranke und behinderte MigrantInnen in unserem Gesundheitssystem vernachlässigt werden. Das Gesundheitssystem und auch die gesamte Selbsthilfeszene sind nämlich ausgesprochen deutsch. Mit welchen Angeboten man MigrantInnen mit einer chronischen Krankheit oder Behinderung am besten unterstützen kann, wollen wir in einem einjährigen Projekt ermitteln, das vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird.

Ihnen wünsche ich ein angenehmes Frühjahr und einen schönen Sommer!

Ihre



Dr. Sigrid Arnade

Was gute Ärzte bewirken können!

Ein Erfahrungsbericht von Katja Praetorius

26 Jahre sind vergangen, seitdem ich mit meinen ersten MS-Beschwerden konfrontiert wurde, und ich kann mich glücklich schätzen, dass die Ärzte des Frankfurter Krankenhauses, in das ich damals eingeliefert und weitere sechs Wochen stationär behandelt wurde, nicht diejenigen waren, die bei mir die MS diagnostizierten. Täglich musste ich dort miterleben, wie ignorant, unsensibel und auch kontraproduktiv der Umgang handelnder Ärzte mit ihren PatientInnen ablaufen kann. In dieser Klinik wurde ich mit der Diagnose „Nervenentzündung“ entlassen. Ein Jahr später sollte ich dann selbst erfahren, dass es von entscheidender Bedeutung ist, in welcher Form die Diagnosestellung MS abläuft!

Mittlerweile lebte ich in Berlin und wurde erneut von heftigen neurologischen Ausfällen beeinträchtigt. Wieder hielt man eine Klinikeinweisung für erforderlich, und es war nun mein großes Glück, dass mir dort eine sehr gute und kompetente Klinik empfohlen wurde. Meine negativen Erfahrungen in der Frankfurter Klinik hatten mich sehr ängstlich gemacht, doch

nun erlebte ich einen komplett anderen Umgang mit den PatientInnen in diesem Krankenhaus.

Auch dort wurden die mir schon bekannten Untersuchungen vollzogen, wie zum Beispiel die Entnahme der Rückenmarksflüssigkeit, Computertomographie etc.

Doch diesmal fühlte ich mich von einem unterstützenden Umfeld umgeben, und die Behandlung wurde von einem sehr freundlichen, zugewandten und interessierten Arzt durchgeführt.

Angebot einer Gesprächstherapie

Zunehmend deuteten die Ergebnisse der Untersuchungen auf einen MS-Befund hin, und schon bei der Diagnosestellung hat dieser Arzt mich sehr vorsichtig und Mut machend an die Krankheit herangeführt und mir bereits am nächsten Tag eine Gesprächstherapie angeboten, die fast täglich während meines erneut sechswöchigen Krankenhausaufenthaltes durchgeführt und anschließend noch ambulant fortgesetzt wurde. Dies vermittelte mir vor allem auch das stärkende Gefühl, dass ich dieser Krankheit durch die thera-

peutische Unterstützung nicht so ohnmächtig ausgeliefert wäre.

In mir entwickelte sich ein starker Optimismus, dass ich den Verlauf meiner MS günstig beeinflussen könnte, wenn ich mich mit meinem psychischen Befinden mehr auseinandersetzte. Sicherlich spielte da auch die ärztliche Zuwendung eine große Rolle. In meiner Herkunftsfamilie war ich nicht gerade verwöhnt mit einem interessierten Umgang an meiner Person, so wie ich ihn mir oft gewünscht hatte. Später habe ich in den weiterführenden Therapien gerade an dieser Unterversorgung in meiner kindlichen Entwicklung vieles erkannt, was für mich im Zusammenhang mit der Erkrankung steht (zum Beispiel sekundärer Krankheitsgewinn: Zuwendung und Aufmerksamkeit über Krankheiten zu bekommen, hatte schon früh „funktioniert“).

Doch das Entscheidende und Wichtigste, was ich diesem Arzt zu verdanken habe, war seine positive Reaktion mir gegenüber, als mein damaliger Kinderwunsch ein wichtiges Thema für mich darstellte. Sicherlich hat er mich auf eventuelle Verschlechterungen aufmerksam gemacht, gleichzeitig mir davon berichtet, dass es sich auch positiv auf den weiteren Verlauf meiner MS auswirken könnte. Das hat mir Mut gemacht, eineinhalb Jahre später kam meine wunderbare Tochter zur Welt, und so

wohl Schwangerschaft als auch Geburt sind sehr gut verlaufen.

Dass ich einige Monate nach der Entbindung tatsächlich wieder einen sehr heftigen Schub bekam (diesmal handelte es sich um eine starke Sehnerventzündung), stand für mich eindeutig im Zusammenhang mit großen Problemen in meiner Ehe, die sich nach der Geburt unserer Tochter noch deutlich verstärkt hatten. Ich war noch sehr jung, fühlte mich oft alleingelassen mit der großen Verantwortung und war den häufigen Auseinandersetzungen mit meinem Ehemann damals kaum gewachsen. Der erneute Schub war für mich nun ein Signal dafür, dass ich etwas verändern musste: Im Grunde habe ich meine Krankheit wegweisend für mein weiteres Leben nutzen können und schon bald darauf habe ich meinen Mann verlassen.

Entscheidende Veränderungen

Nachdem ich entscheidende Veränderungen in meinem Leben vorgenommen hatte, war ich tatsächlich viele Jahre beschwerdefrei. Dies stand sicher auch sehr in Verbindung mit der therapeutischen Begleitung, die ich in diesen Jahren erfahren habe. Recht bald nach meiner Rückkehr aus Berlin war ich in der glücklichen Situation, in meiner Heimatstadt Frankfurt/M. erneut bei einem hilfereichen und kompetenten Arzt eine

Behandlung beginnen zu können, der sich auch intensiv mit den psychosomatischen Zusammenhängen bei der MS beschäftigt hatte und die deutliche Empfehlung aussprach, eine Gesprächstherapie fortzusetzen.

Kurze Zeit später konnte ich bei einem seiner Kollegen eine Einzeltherapie beginnen. Dabei erlebte ich emotional auch sehr schwierige Phasen, vieles wurde aufgewühlt, was mir vorher nicht bewusst gewesen war. Doch vorwiegend erzielte diese Gesprächstherapie bei mir große Fortschritte, und mein psychisches und körperliches Befinden verbesserte sich wesentlich. Es veränderte zum Beispiel meinen Blick auf die Beziehungen zu Männern. Ich war nicht mehr so auf der Suche nach einem Partner, der mit ähnlichen Strukturen wie mein Vater ausgestattet war, um diese schwierige Vater-Tochter-Beziehung aufzuarbeiten. Diese Verarbeitung versuchte ich stattdessen auf therapeutischer Ebene zu vollziehen. Ich lernte besser für mich zu sorgen und mich von schwierigen Beziehungen auf eine gesündere Art abzugrenzen.

Vervollständigen konnte ich die therapeutische Arbeit einige Jahre später noch mit einer Gruppentherapie (Psycho-Drama), die viele weitere positive Entwicklungen bei mir in Gang setzte. Und ich lernte einen wunderbaren Mann kennen, mit dem ich heute glücklich verhei-

ratet bin und der auch für meine Tochter der beste Vater ist, den man sich wünschen kann!

12 Jahre lang verhielt die Krankheit sich sehr ruhig, fast schon hatte ich die MS vergessen können. Glücklicherweise haben sich sowohl Einzeltherapeut als auch die Psycho-Drama-Therapeutin sensibel mit dem Thema MS auseinandergesetzt und versucht, mir einige Verhaltensweisen zu vermitteln, die mich vielleicht auch vor erneuten MS-Attacken einige Jahre lang geschützt haben. Gleichzeitig fühlte ich mich besonders durch die therapeutische und kreative Arbeit beim Psycho-Drama dazu angeregt und ermutigt, mich mehr mit meinen Stärken als mit meinen von mir empfundenen Defiziten zu befassen.

Kraftquellen und innere Abwehr

Zuvor hatte ich mich in allen Bereichen für völlig „talentfrei“ eingestuft, doch ich entdeckte nun verborgene Schätze in mir, wie zum Beispiel die Lust und Freude am Theaterspielen und vor allem am Tanzen. Viele Jahre lang habe ich besonders das Salsa-Tanzen als eine sehr lebendige und wohlthuende Kraftquelle empfunden. Der erste Schub nach so vielen Jahren war dann ein großer Schock, auch wenn er wesentlich harmloser verlief als meine ersten Schübe. Es waren ähnliche Sensibili-

tätsstörungen und Schmerzen, verbunden mit extremer Kraftlosigkeit, aber eben in einer abgeschwächten Form.

Diesmal wurde ich ambulant mit hochdosierten Cortison-Infusionen behandelt. Gleichzeitig fühlte ich mich durch den intensiven Austausch mit meinem Arzt sehr gut versorgt und versuchte dementsprechend wieder manche Lebensumstellungen vorzunehmen, um mich besser vor weiteren Verschlechterungen zu schützen. Phasenweise hat das leider nicht mehr so gut funktioniert, wie es mir bis dahin doch eher vertraut war. Ich musste in den nächsten Jahren erleben, dass diese alte Entzündung eines „Herdes“ immer wieder bei mir „aufflackerte“, verbunden mit Remissionen, die mir dann auch wieder längere beschwerdefreie Phasen ermöglicht haben.

Aber es machte mir Mut, dass kaum neue Herde entstanden waren, was wiederum prognostisch günstiger einzustufen ist. Warum diese alten Narben (Plaques) immer wieder unruhig werden, darin kann ich bis heute ein gewisses System entdecken: Meine innere Abwehr ist zu solchen Zeiten häufig unterversorgt, oftmals fühle ich mich einfach überfordert, habe mir nicht genügend Erholungszeiten einräumen können oder mich mit zu vielen Ängsten beschäftigen müssen. Als ich nun auch heftigere Schubphasen erle-

ben musste, die mich plötzlich für viele Monate arbeitsunfähig machten, fing ich an, mich für einen Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik zu interessieren.

Kur in einer psychosomatischen Klinik

Darin unterstützt von meinem Arzt, habe ich dann 1999 zum ersten Mal einen achtwöchigen Kur-aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik in Bad Zwesten erleben können. Dies war wieder eine sehr wichtige und intensive Zeit. Sich mit der Psyche und den körperlichen Beschwerden mithilfe von Gestalttherapie in recht konzentrierter Form und frei von anderen alltäglichen Anforderungen zu befassen, hat mir ungeheuer viel gebracht und mich wieder enorm stabilisiert.

In der Zwischenzeit hatte ich einen Arztwechsel vornehmen müssen, konnte aber in derselben neurologischen Gemeinschaftspraxis bleiben.

Mein Arzt war in Rente gegangen, und glücklicherweise hat sein ebenso kompetenter Kollege die Behandlung mit mir übernommen. Bis heute hat er diese positive Behandlung sehr gut fortgesetzt und ist für mich immer wieder eine große Unterstützung - gerade auch in der Bearbeitung psychosomatische Zusammenhänge. In den nächsten Jahren habe ich mit seiner Hilfe noch zweimal einen

Klinikaufenthalt in Bad Zwesten beantragt und auch bewilligt bekommen. Beide Aufenthalte waren wieder sehr hilfreich und haben mich enorm gefördert.

Und ich habe gelernt, besser damit zurechtzukommen, dass mein Energiehaushalt insgesamt deutlich abgenommen hat, dass ich mittlerweile circa alle drei Monate von einem aufflackernden Schub beeinträchtigt werde und dann vor allem immer mit großen Einschränkungen beim Laufen konfrontiert bin. Doch bisher musste ich nur selten mit stärkeren Medikamenten wie zum Beispiel Cortison behandelt werden.

Mehr Ruhe und innere Freiräume

Ich habe auch gelernt, mir mehr Ruhe zu gönnen und bin sehr froh über die Möglichkeit, mir viele Freiräume schaffen zu können. Großes Glück habe ich auch mit meinem Arbeitgeber beziehungsweise mit einem sehr engagierten Schwerbehindertenvertreter, der mich in hohem Maße darin unterstützt, dass ich mit einer Teil-Rente noch reduziert arbeiten kann. Sicherlich wäre dies in einem kleinen Betrieb kaum möglich, doch mein Arbeitgeber (der Hessische Rundfunk) ist auch maßgeblich an Integrationsmaßnahmen von behinderten Mitarbeitern interessiert!

Und ich habe eine andere wunderbare Kraftquelle für mich gefun-

den, nachdem ich das Salsa-Tanzen leider aufgeben musste. Vor einigen Jahren gönnte ich mir den Kauf eines Klaviers und nehme seitdem wieder Unterricht. Das, was ich als Kind eher ungewollt erlernen musste, war mir plötzlich sehr wichtig geworden. Es setzt eine Kreativität in mir frei, die ich als sehr vital und stärkend empfinde. Ich erlebe etwas sehr Positives mit meinem Körper, meine Hände „tanzen“ auf dem Klavier, und das macht mich sehr glücklich und ist für mich heutzutage mit die beste Medizin!!

Was gute Ärzte ausmacht!

Meine Therapien habe ich mittlerweile beenden können, regelmäßige Arztbesuche sind für mich ausreichende „Psychohygiene“, und ich bin froh, dass ich recht gut mit der MS leben kann. Sicherlich habe ich auch viel Glück mit meinem Umfeld und einem tollen Unterstützungsnetz, aber ich glaube auch nach wie vor daran, dass eine optimistische Einstellung und die kräftigende therapeutische Arbeit mir viel geholfen haben!! Dies habe ich vor allem auch guten ÄrztInnen und TherapeutInnen zu verdanken. Deswegen will ich noch einmal zusammenfassen, was für mich ein guter Arzt oder eine gute Ärztin ausmacht:

Gerade die einfühlsamen Ärzte sind wohl eher eine Ausnahme in unseren Gesundheitssystem. Aber

es gibt sie, und folgende Kriterien bei der Beurteilung eines Arztes waren und sind für mich immer besonders wichtig gewesen:

- dass er/sie nicht nur über meine medizinischen Befunde spricht, sondern sich auch für mein seelisches Befinden interessiert;
- dass er/sie imstande ist, mit mir eine gute Kommunikationsebene zu pflegen und die Fähigkeit zum Zuhören besitzt;
- dass er/sie mich auch am Entscheidungsprozess über weitere Behandlungsmöglichkeiten beteiligt;
- dass er/sie sich nicht für allwissend hält und wenn nötig auch andere Ärzte oder Therapeuten hinzuzieht und gut akzeptieren kann, wenn ich sie konsultiere.

Zudem schätze ich sehr, dass mein Arzt mir regelmäßige Termine einräumt, auch wenn ich keine akuten Beschwerden habe. Es ist für mich ein verlässlicher Termin, der mir eine große Sicherheit im Umgang mit der MS gibt, bei dem eben auch immer wieder die psychosomatischen Zusammenhänge im Vordergrund stehen und ich mich als Patientin aufgefangen fühle.

Das setzt natürlich voraus, dass ich als Patientin auch bereit bin, mehr Verantwortung für meine Behandlung zu übernehmen, sofern dies möglich ist. Gerade bei einer

MS-Erkrankung halte ich eine ganzheitliche Medizin für die beste Form der Behandlung. Eine sehr wichtige Bedingung ist, dass sich der Arzt Zeit nehmen kann für seine Patienten. Und da gibt es leider immer weniger Möglichkeiten für die Ärzte, diese Bedingung auch zu erfüllen. Doch die Suche lohnt sich, auch wenn man nicht gleich einem interessierten Arzt begegnet und vielleicht sogar noch mit „Killersätzen“ konfrontiert wird.

Solch eine Begegnung ist mir leider auch nicht erspart geblieben. Da gab es eine Neurologin in Stuttgart, die mir regelrecht vorwurfsvoll begegnete, als sie hörte, dass ich bald nach meiner MS-Diagnose eine Tochter bekommen hatte: *„Ja, wieso sind Sie auch schwanger geworden?? Da müssen Sie sich nicht wundern, einen erneuten Schub zu bekommen, das hätten Sie doch wissen müssen, dass eine Schwangerschaft und Geburt nicht gut für Sie ist!“*

Solche Ärzte sind regelrechtes Gift für ihre Patienten, und ich bin sehr, sehr froh, dass ich solch eine negative Erfahrung nicht wieder erleben musste. Für einen MS-Patienten ist ein guter Arzt der absolute Glückstreffer. Um mit der so unberechenbaren Krankheit MS gut umgehen zu können, ist eine positive und unterstützende ärztliche Begleitung mit die beste Medizin!!

„Erzählen Sie doch bitte ...“

Das Narrative spielt in der hausärztlichen Medizin eine nicht zu unterschätzende Rolle. Die Angst des Arztes, sich dadurch ausufernden Erzählungen aussetzen zu müssen, ist meist unbegründet. Vielmehr lassen sich in einer gesundheitsorientierten Gesprächsführung durch und mit dem Patienten die Ressourcen und Ziele erarbeiten, die er erreichen will und kann. Am Ende steht eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient.

Von Ulrich Schwantes

„Um Himmels Willen“ werden die meisten Ärztinnen und Ärzte sofort denken, wenn sie die Überschrift lesen. Wer seinen Patienten derart auffordert, das Wort zu ergreifen, darf sich nicht wundern, wenn dieser bei seinen Ahnen anfängt und mit den Wünschen in fernster Zukunft immer noch nicht aufhört. Diese Befürchtungen entbehren jedoch jeglicher Grundlage. Patienten suchen ihren Arzt nicht auf, um zu plaudern, sondern weil sie Unterstützung suchen bei Dingen, die in irgendeiner Weise ihr Befinden stören. Schnell wird der Arzt deswegen in das Gespräch einbezogen, ohne dass er sich seinen Redeanteil „erkämpfen“ muss. Bereits 1989 hat der britische Neurologe N.J. Blau gemessen, dass die „time to let the patient speak“ (so der Titel seines Aufsatzes) lediglich 1 Minute und 40 Sekunden betrug.

Wolf Langewitz, Direktor der Psychosomatischen Universitätsklinik Basel, hat 2002 eine ähnliche Untersuchung durchgeführt. Ärztinnen und Ärzte wurden zunächst im „aktiven Zuhören“ geschult. Sie hatten die Aufgabe, Patienten im Erstkontakt in der Ambulanz der Uniklinik zu Beginn des Gesprächs nur zuzuhören, den Redefluss nicht durch Fragen zu unterbrechen, eventuelles Stocken durch Gesten oder paraverbal (hm!) wieder vorzubringen. Gemessen wurde die „spontane Redezeit“ der Patienten, das heißt die Zeit bis zur Aufforderung an die Ärztin, zum Gesagten Stellung zu nehmen („Was meinen Sie dazu, Frau Doktor?“). 335 Patienten erfüllten alle Einschlusskriterien und konnten in die Auswertung aufgenommen werden. Im Mittel betrug die „spontane Redezeit“ 92 Sekunden. Bemerkenswert an den Er-

gebnissen war außerdem, dass mit Ausnahme des Alters soziodemografische Faktoren auf dieses Ergebnis keinen Einfluss hatten. Nur sieben Patienten brauchten mehr als fünf Minuten. Patienten überbeanspruchen also nicht unsere Zeit, wenn man ihnen freien Raum gibt.

Das Patientenbeispiel 1 auf Seite 14 zeigt, was im ersten Gespräch mit dem Patienten zunächst herausgefunden werden muss: Worum geht es überhaupt! Eine Diagnose zu stellen, bedeutet ja nicht, sich ärztlicherseits beim ersten erkennbaren Krankheitsbild festzuhaken und drumherum eine Differenzialdiagnose aufzubauen. Meist gilt es, aus oftmals noch vagen Befindlichkeitsstörungen ein schlüssiges Bild zu entwickeln. Besser gesagt: den Patienten es entwickeln zu lassen. Dessen Wahrnehmungen sind anfänglich oft noch diffus und von sich überlagernden Bedeutungen durchzogen. Etwas Akutes drängt dabei rascher in den Vordergrund, bleibt dennoch eingebettet in die Gesamtheit des subjektiven Erlebens des Patienten. Chronische Zustände sind von vornherein (oder bereits wieder) viel mehr verwoben in die unterschiedlichsten Situationen des individuellen Lebens. Der Anlass für die Arztkonsultation erscheint in Facetten oft erst im Laufe einer längeren Zeit in variierenden Erzählungen.

Solche Erkenntnisse sind in den vergangenen Jahrzehnten von verschiedenen Ärzten dargestellt worden. Ein Beispiel dafür ist das „disease-illness“-Modell von Stewart und Roter von 1989. Die englische Sprache unterscheidet zwischen disease (= Krankheit) und illness (= Kranksein). Der **Krankheit** zugeordnet sind aus der Vorstellungswelt des Arztes Symptome, Zeichen und Befunde, dazugehörige Untersuchungen und Techniken. Dieses führt zur Diagnose und Differenzialdiagnose und Therapie auf pathologischer Grundlage. Das **Kranksein** hingegen entspricht der Vorstellungswelt des Patienten: seinen Erfahrungen, Ideen, Vermutungen, Erwartungen, Gefühlen, Gedanken, Auswirkungen. Es erwartet ein Verständnis für das einzigartige Ereignis des eigenen Krankseins. Beides soll in der Begegnung zwischen Patient und Arzt zusammengebracht werden. Der Patient soll die Diagnose und die darauf sich beziehende Therapie verstehen können. Das bedeutet nichts anderes, als diese zu einem Teil seines Lebens zu machen, den subjektiven Bewertungen zu unterziehen, es in der gesamten Lebenssituation gewissermaßen aufgehen zu lassen. Der Arzt soll seine Diagnose aus den Lebensumständen des Patienten erkennen und die notwendige Therapie auf die subjektiven Bedingungen abstellen. Dazu ge-

hört ein offenes Ohr und hohe Aufmerksamkeit für die Geschichte des Patienten, die nicht nur die jeweiligen Probleme beinhaltet, sondern auch alle Ressourcen, die zur Bewältigung erforderlich sind.

Eingeschränkter Ausschnitt

In der fachärztlichen Betreuung steht häufiger ein definiertes Krankheitsbild, zu dem eine bestimmte Frage beantwortet werden soll, bereits beim ersten Kontakt im Vordergrund. Die gewählte Fachrichtung selbst schränkt schon den betrachteten Ausschnitt ein. Aber auch hier gilt gleichermaßen, dass sich die Diagnose aus den Erzählungen des Patienten ergibt. Ärztliches Handeln ergibt sich aus der verstehenden Beziehung. Ärztliche Zufriedenheit ergibt sich aus einem auf diese Weise sinnhaften Handeln (s. Patientenbeispiel 2. auf Seite 14).

Aaron Antonovsky (1923-1994), ein amerikanisch-israelischer Soziologe, hat seine Gedanken zum Zustandekommen von Gesundheit in seinem Modell der Salutogenese zusammengefasst. Er beschreibt in dem Buch „Unravelling the Mystery of Health“ das Kohärenzgefühl (sense of coherence) als wesentliches Element. Er unterteilt dieses in drei Komponenten. Die Verstehbarkeit (sense of comprehensibility): wechselseitig sich verständig machen und zu verstehen, was geschieht und was

gesagt wird. Das wird im Zuhören der Erzählung des Patienten in dieser Weise gefördert. Darauf baut sich die Machbarkeit (sense of manageability) auf: ich kann mir helfen. Das was gemacht werden soll oder kann, muss wiederum eingepasst werden in das jeweilige subjektive Leben. Beides wird unterlegt von der Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness). Diese ist einerseits die wesentliche Grundlage für das momentane Verstehen und Machen. Andererseits modifizieren Machen und Verstehen aber auch und bewirken Neubewertungen und Umdeutungen, die das Leben bestenfalls wieder in selbstvergessenes gesundes Weggegeben sein ermöglichen. So lautet eine Definition der Gesundheit von Hans-Georg Gadamer.

Zwischengeschalteter Filter

Ein auf Krankheit ausgerichteter Arzt wird an den Bericht des Patienten vorab einen Filter anlegen, der ihm ermöglichen soll, Störungen rasch zu erkennen, die danach mit angemessenen Methoden nachgewiesen werden sollen. Ein Arzt, der sich darüber hinaus an der Gesundheit seines Patienten orientiert, wird nicht umhin können als sich dessen Erzählungen zu öffnen. Die situationsbedingt sich wandelnden Bedeutungen werden aufgenommen, die Fähigkeiten erfasst, die subjektiven Interpretationen, Erwartun-

gen, Unsicherheiten verstanden. Dazu gehört die Akzeptanz des anderen, die frei von jeglichen Bedingungen ist. Der andere, der Patient und seine Geschichte sind so, wie sie sind. Das was erzählt wird, beinhaltet Fragen und ihre Antworten, Probleme und ihre Lösungen, Feststellungen und die ihnen anhaftenden Zweifel. Darin liegt der Wert der Geschichte, der unschätzbar ist für ihren Fortgang.

Im Dialog lassen sich zumal in einer gesundheitsorientierten Gesprächsführung (nach Isebaert, Schimansky, Schwantes) durch den Patienten und mit ihm seine Ressourcen erarbeiten und vor allem die Ziele, die er erreichen will und kann. Durch das durch den Patienten gesteuerte Gespräch werden die Ziele genau seinen Möglichkeiten entsprechen. Ein Arzt, der sich in die Geschichte seines Patienten hinein begibt, wird seine Vorschläge in einer für den Patienten annehmbaren Weise unterbreiten und ihm dadurch Wahlmöglichkeiten eröffnen. Verordnungen schränken hingegen den Patienten auf ein von außen kommendes – medizinisches – Konzept ein.

Besinnung auf eigene Stärken

Jeder bewusste Patient ist bestrebt, seine Möglichkeiten zu erweitern, aus der durch eine Krankheit, durch ein Problem bedingte Einengung hinaus zu finden. Im Fall einer krankheitsbedingten Einschränkung geht es um das Erlernen, wie damit umgegangen werden kann, wie diese in das weitere Leben eingebettet wird. Bei Problemen geht es mehr um die Besinnung auf eigene Stärken, die zu einer Lösung führen. In beiden Fällen ist es der Patient, der seine Ressourcen einsetzen muss, um zu einem ihm adäquaten Ergebnis zu kommen. Was muss bei gemeinsamer Entscheidungsfindung bedacht werden? Kurzsichtig soll oft der Patient auf medizinische Konzepte eingestellt werden. Dabei werden Entscheidungen, die der Patient nicht in seinem Leben verankert hat, nicht lange halten. Gemeinsame Entscheidungsfindung bedeutet also für den Arzt vor allem, die Patientengeschichte anzunehmen, sie in ihrem Wert zu schätzen und medizinische Konzepte behutsam anzubieten. Manchmal erfordert es geduldiges Einlassen auf die Erzählung, damit eine Geschichte eine gute Wendung nehmen kann.

Um was geht es im Patienten-Arzt-Kontakt überhaupt, zumal in der hausärztlichen Medizin?

1. Patientenbeispiel

Eine junge Frau von 23 Jahren erscheint erstmalig in der Praxis und wirkt schon im ersten Eindruck sehr „mitgenommen“. Sie sagt, dass sie im Augenblick nicht arbeiten könne, und nach einer Pause, sie habe seit ein paar Tagen starke Halsschmerzen.

Weil ich sie einen Moment fragend anschau, fährt sie fort: „Irgendwo muss es ja auch rauskommen.“ Und weil ich immer noch nicht eingreife: „Die Belastungen der letzten Zeit waren einfach zu viel für mich.“ Da ich hierin auch noch keine Aufforderung sehe, meinerseits das Wort zu ergreifen, entsteht eine kurze Pause. Diese endet mit einem Aufschluchzen und dem Satz: „Ich habe gerade die Liebe meines Lebens verloren.“

Ich erfahre noch, dass sie vor einem Jahr mit einem verheirateten Arbeitskollegen eine Beziehung eingegangen ist, gegen die beide sich anfänglich sträubten. Nun habe sich der Mann (nach einigen glücklichen Monaten) entschieden, bei seiner Erstfamilie zu bleiben. Mein Kommentar zu diesem Zeitpunkt ist lediglich, dass die Ereignisse wirklich schlimm für die Patientin sein müssten. Ich schreibe sie arbeitsunfähig wegen dieser Belastungssituation. Eine Pha-

ryngitis liegt bei der Patientin allerdings auch vor.

In weiteren Gesprächen bei Folgeterminen erfahre ich mehr über die Liebe der beiden, über die Kraftanstrengungen, vernünftig sein zu wollen, über das erlebte Glück und jetzt das Ende, das verbunden ist mit einer Schwangerschaftsunterbrechung bei der jungen Frau.

2. Patientenbeispiel

Ein Patient Mitte 40 erscheint mit einer Fülle von Befunden und einem ausführlichen Krankenhausentlassungsbericht. Er ist ratlos, weil seine ihn sehr belastenden Symptome keine Erklärung liefern. Sie treten unverändert immer wieder auf. Er berichtet von Übelkeit gefolgt von „Rumoren im Leib“, dem Gefühl ohnmächtig zu werden, Herzklopfen und -rasen, Kribbeln in den Extremitäten und Luftnot. Einige Male sei er tatsächlich ohnmächtig geworden, andere Male hätten ihn beunruhigende Erscheinungen geplagt. Er habe zum Beispiel gesehen, wie seine Frau plötzlich anfang zu schweben. Dann seien ihm die Sinne geschwunden. In den folgenden Wochen wurden eine Fülle von kardiovaskulären Untersuchungen durchgeführt – alle ohne pathologischen Befund. In einem vierwöchigen Kli-

nikaufenthalt seien MRT, EEG, Dopplersonografie, Polysomnografie, Liquorpunktion durchgeführt worden. Einziges Ergebnis: angeborene Aplasie der linken A. carotis interna. Dies alles wird gehetzt und sprunghaft vorgetragen. Die Unruhe überträgt sich auf mich und in mir steigt Angst auf. Als ich das dem Patienten sage: „Ich spüre förmlich Ihre Angst“, stimmt er mir sofort heftig zu. Und mir fällt auf, dass alle von ihm beschriebenen Symptome zu einer Angsterkrankung passen. Ich vergewissere mich durch einige gezielte Fragen und teile dem Patienten meine Vermutung mit. Emphatisch greift er dieses auf und fühlt sich bestätigt. Damit er einen Anfall schon bei den ersten Symptomen coupieren kann, erkläre ich ihm noch eine autosuggestive Übung. Ungeöhnlich an diesem Fall ist, dass der Patient die Übungen einige Male einsetzte und fortan keinen Anfall mehr erlebte.

Nachdruck aus BERLINER ÄRZTE 02/2006 S. 19 ff mit freundlicher Genehmigung der Ärztekammer Berlin und von Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. Ulrich Schwantes
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Institut für Allgemeinmedizin
 Universitätsklinikum Charité
 Campus Charité Mitte
 Schumannstr. 20/21
 10117 Berlin
 ulrich.schwantes@charite.de

Wo Ärzte wieder zurück zur Sprache finden

Prof. Hartmut Schröder über einen neuen Studiengang an der Viadrina

Herr Professor Schröder, warum ist denn die Kommunikation zwischen Arzt und Patient oftmals so schwierig?

Medizin ohne Kommunikation ist völlig undenkbar, wenn man davon ausgeht, dass sich Kommunikation nicht auf Sprache beschränken lässt, sondern gerade auch den gesamten Bereich des Nonverbalen, die sogenannte Körpersprache, sowie das Paraverbale – Tonhöhe, Tonfall, Klangfarbe et cetera – und nicht zu vergessen auch das Schweigen umfasst. Kommunikation ist ja nicht nur das, was wir ausdrücken wollen. Unter dem Strich ist entscheidend, was ankommt, was verstanden wird, was wie interpretiert wird – selbst wenn es nicht explizit so gesagt wurde. Das macht Kommunikation schwierig und erfordert eine besondere Sensibilität für die vielfältigen Störfaktoren.

Wie wichtig ist eine gute Kommunikation für den Behandlungserfolg?

Kommunikation spielt nicht nur in der Anamnese und für die Diagnose eine wichtige Rolle. Schon in

der Antike wird Sokrates die Äußerung zugeschrieben, dass Worte heilen können. Bei Hippokrates wird das „gute Einvernehmen“ und die „Zufriedenheit mit dem Arzt“ als wichtiger Faktor im Prozess der Heilung gesehen. Heute ist – nicht zuletzt durch die neuere Placeboforschung und die Entwicklung der Psychoimmunologie – hinreichend belegt, dass die Beziehung zwischen Arzt und Patient, die „Ansprache“ des Patienten durch den Arzt ganz wesentlich für den Behandlungserfolg sein können. Die Compliance des Patienten ist schließlich ganz entscheidend von einer gelungenen Kommunikation abhängig.

Warum wurde der Wert der „sprechenden Medizin“ lange Zeit nicht erkannt?

Viktor von Weizsäcker hat mit seinen Vorarbeiten zu einer psychosomatischen Medizin bereits in den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts eine „sprechende Medizin“ begründet, die nun langsam auf dem Umweg über die USA als „narrative-based medicine“ den Weg zurück in ihr Ursprungsland

findet. In der ärztlichen Praxis gab es diese „sprechende Medizin“ aber schon immer. Die Entwicklung des Gesundheitssystems und die Entwicklung der modernen Medizin haben diese aber nicht hinreichend gefördert, sondern über einen längeren Zeitraum geradezu behindert. Dabei spielen nicht nur, eigentlich falsche, Kostenüberlegungen eine Rolle. Vielmehr ist es der Versuch der Objektivierung, die Ausklammerung des Verhältnisses von Körper und Geist, der Sprache und Kommunikation eigentlich keinen Raum lässt. Glücklicherweise geben die moderne Gehirnforschung und die Quantenphysik heute aber denen recht, die eine „sprechende Medizin“ praktizieren.

Wie lange muss ein gutes Arzt-Patienten-Gespräch dauern?

Die Qualität eines Gesprächs muss nicht unbedingt mit der Dauer korrelieren. Wichtiger scheint mir zu sein, dass die Ansprache des Patienten gelingt, dass der Patient sich angenommen fühlt und das rüberbringen kann, was ihm subjektiv wichtig ist. Dabei sind Sprache und Perspektive von Patient und Arzt ganz häufig sehr verschieden. Untersuchungen zeigen, dass es auf jeden Fall sinnvoll ist, den Patienten rund anderthalb Minuten ungeteilte Aufmerksamkeit zu schenken. Gespräche unter großem Zeitdruck und

mit ständigen Unterbrechungen sind meistens zum Scheitern verurteilt.

Können sich Ärzte dies angesichts der Honorarsituation überhaupt leisten?

Ich würde diese Frage anders stellen. Kann es sich eine Gesellschaft leisten, Sprache und Kommunikation aus der Gesundheitsversorgung zu verbannen und Heilung auf vermeintlich objektive Wirkfaktoren zu reduzieren? Angesichts der zunehmenden Bedeutung von psychosomatischen Erkrankungen brauchen wir heute dringend eine „sprechende Medizin“ und solche Reformen im Gesundheitswesen, die es den Ärzten ermöglichen, ihre Sprache wieder zu finden und auch mit Worten zu heilen.

In Frankfurt gibt es nun den berufs begleitenden Studiengang „Komplementärmedizin“. Dort geht es auch um Kommunikation?

Wir haben in diesem Studiengang unter anderem ein eigenes umfangreiches Modul für die „sprechende Medizin“ vorgesehen, in dem es nicht nur um Anamnese-techniken geht. Vielmehr steht im Mittelpunkt eine wirklich therapeutische Gesprächsführung, die Elemente etwa des Coaching, der Hypnotherapie und so weiter aufnimmt. Im Mittelpunkt stehen dabei der Patient als Partner und interkulturelle Aspekte, die zunehmend in

der Praxis eine Rolle spielen. Ansatzpunkte gibt es hier zahlreiche, und die Literatur- und Studienlage kann als fast ausgezeichnet angesehen werden. Es kommt aber darauf an, diese für die Praxis besser zu nutzen und umzusetzen.

*Nachdruck aus ÄRZTLICHE PRA-
XIS 2007 / Ausgabe: 48, Seite 4
mit freundlicher Genehmigung des
Verlages und von Prof. Dr.
Hartmut Schröder*

Master für komplementäre Medizin und Heilkunde

Der Bedarf nach einem qualifizierten Abschluss in Komplementärmedizin ist seit langem bekannt und wird durch Meinungsumfragen von Allensbach belegt, wonach bereits 80 % der Frauen und 60 % der Männer in Deutschland komplementärmedizinische Angebote nutzen. Die Qualitätssicherung in diesem Bereich ist aber nicht garantiert, was nicht zuletzt die kontroverse Diskussion des von der Stiftung Warentest vorgelegten Berichts „Die andere Medizin“ deutlich gezeigt hat. Patienten werden auf der einen Seite durch Pauschalurteilungen der Komplementärmedizin geradezu verunsichert. Auf der anderen Seite lassen sich seriöse Diagnose- und Therapieverfahren von fraglichen Heilversprechen aus der Sicht der Patienten oft nur schwer voneinander unterscheiden.

Das IntraG konzipiert daher in Kooperation mit anderen Partnern einen berufsbegleitenden und weiterbildenden Master-Studiengang in Komplementärmedizin, der sich exklusiv an Ärzte wendet. Der modularisierte Studiengang soll in drei Semestern zu dem Titel Master of Arts in Complementary and Alternative Medicine führen. Schwerpunkte werden die Bereiche Biologische Medizin, Naturheilverfahren und Homöopathie sowie Prävention und Salutogenese. Darüber hinaus sieht das Curriculum Lehrveranstaltungen in Forschungsmethodologie, Methoden der Erkenntnisgewinnung, Medizinrecht, Ethnomedizin, Kommunikation und Psychophysik vor.

Da sich der Studiengang an Berufspraktiker wendet, sind nur kurze Präsenzphasen erforderlich, die durch umfangreiches Selbststudium, internet-basierte Arbeit mit Studienbriefen, Tutoring etc. ergänzt werden. Das Studium hat ein hohes wissenschaftliches Niveau und ist sowohl forschungs- als auch anwendungsorientiert. Betreut wird es durch einen internationalen Beirat, der aus Vertretern verschiedener Disziplinen besteht. Nach dem erfolgreichen Abschluss des Masterstudiengangs besteht die Möglichkeit zur Promotion.

Weitere Informationen:

Europa-Universität Viadrina
Frankfurt (Oder)
Institut für transkulturelle
Gesundheitswissenschaften (IntraG)
Prof. Dr. Hartmut Schröder
Postfach 1786
D-15207 Frankfurt (Oder)

Tel.: (0335) 55 34 2751
Fax: (0335) 55 34 2759
intrag@euv-frankfurt-o.de

„Der Anblick des Menschen von innen“

Interview mit Professor Dr. med. Dieter Janz

Professor Dr. med. Dieter Janz war Schüler Viktor von Weizsäckers, dem Begründer der modernen Psychosomatik. BERLINER ÄRZTE sprach mit Janz über den Einfluss Weizsäckers auf die aktuelle Medizin, über das Arzt-Patienten-Gespräch und über die Widerstände vieler Ärzte gegen Weizsäckers Modelle.

Wann und wie ist Ihnen Viktor von Weizsäcker begegnet?

Das war im Juni 1945. Ich war 25 Jahre alt, hatte das Staatsexamen schon hinter mir und war in Hamburg. In Eppendorf absolvierte ich mein halbes Jahr Pathologie, unbezahlt natürlich. Vom Hamburger ASTA wurde ich nach Heidelberg geschickt, um in Erfahrung zu bringen, warum die Heidelberger Universität sich schon hatte öffnen können, während die Hamburger Universität noch geschlossen war. Von Freunden habe ich in Heidelberg von Alexander Mitscherlich gehört. Ich besuchte ihn, und wollte nun in die Innere Medizin gehen. Mir begegnete ein junger, sich elastisch bewegender und leicht von amerikanischem Flair umwehter, lebhafter, geistig anre-

gender Mensch. Ihm sagte ich, dass ich mir einen Lehrer suchen möchte. Mitscherlich sagte, der einzige Lehrer, von dem er sich wirklich eine Erneuerung der Medizin verspreche, sei Viktor von Weizsäcker, der aber noch in amerikanischer Gefangenschaft sei. Dann erzählte er mir von Weizsäcker als einem geistigen Mediziner. Ein Neurologe, der nicht nur vom Internismus herkommender Naturwissenschaftler sei, sondern auch tiefenpsychologisch denke und der den Arztberuf als eine geistige Aufgabe ansehe. Ich fragte ihn, wer diese Aufgabe während seiner Abwesenheit weitertrage. Und Mitscherlich nannte mir Paul Vogel, Professor für Neurologie in Heidelberg, ein Schüler von Weizsäcker. Zu dem bin ich dann auch gegangen. Gegangen ist gut gesagt, das war ja nicht so einfach.

Sie besuchten die Vorlesungen Viktor von Weizsäckers. Wie erinnern Sie sich an diese Vorlesungen nach so vielen Jahren?

Es war so, dass von Weizsäcker einmal in der Woche abends

gegen sechs Uhr eine Vorlesung im großen Hörsaal in einer uns benachbart liegenden Klinik hielt. Wir haben uns darauf immer gefreut. Wir, das waren einige Assistenten der Neurologischen Abteilung. Viktor von Weizsäcker regte uns unglaublich an. Er stellte uns in seiner Vorlesung einen kranken Menschen vor. Das begann immer mit einem sehr lockeren, zugleich aber sehr konzentrierten Gespräch mit dem Kranken. Die Fragen riefen oft ganz erstaunliche Reaktionen und Antworten bei dem Patienten hervor, die nicht bloß das zeigten, was man auf der Fieberkurve notierte. Viktor von Weizsäcker fragte so einfach, schlicht und offen, dass man als Zuhörer frappiert war, was dabei herauskam: „Was führt sie zu uns, erzählen Sie mal! Wie hat das angefangen? Was ist das für eine Krankheit? Was glauben Sie, wo das herkommt?“ Von Weizsäcker hat das Medizinische im engeren Sinne dabei nie vergessen, denn er hat auch erläutert, was die Fieberkurve und die anderen medizinischen Daten wie der Urin oder das Blut oder die Leber sagten. So, dass man ein klares medizinisches Bild von der Krankheit hatte. In der darauf folgenden Vorlesung hat er dann über diesen Kranken gesprochen und die Krankengeschichte vertieft. Das war im Grunde eine ganz konventionelle Krankenvorstellung, aber das Erstaunliche

war, was bei dem Gespräch herauskam, das er mit dem Kranken führte.

Worin bestand das Erstaunliche des Gesprächs?

Es ging eben nicht nur um die rein medizinischen Fragen. Der Kranke ließ sich ansprechen. Er sagte Dinge, die man nie erfahren hätte, wenn man ihn nicht auch so teilnehmend danach gefragt hätte. Von Weizsäcker stellte immer ein besonderes Problem heraus. Also zum Beispiel die Frage, warum der Mann gerade zu diesem Zeitpunkt krank geworden ist. Jahrelang war er gesund gewesen, aber gerade jetzt wurde er krank.

Diese Frage stellte er auch dem Patienten: „Warum haben Sie gerade jetzt eine Angina bekommen?“ Da gab es dann zum Teil sehr abwehrende Äußerungen wie etwa „Das weiß ich nicht“ oder „Da muss ich mich wohl erkältet haben“. Von Weizsäcker fragte, mit einem „So?!“ oder „Meinen Sie?“ nach. Durch diese knappe Rückfrage brachte er den Kranken zum Nachdenken. „Na ja, es war nicht mehr alles in Ordnung“, erwiderte dann der Patient. „So?“, fragte von Weizsäcker wieder zurückhaltend und fordernd zugleich. Und plötzlich fing der Kranke an, eine Geschichte zu erzählen. Diese Geschichte ließ von Weizsäcker dann laufen. So kam

heraus, dass der Kranke erzählend sehr viel mehr von seiner Krankheit wusste. Er gab wichtige Hinweise über sein Kranksein. Aber es kam eben erst heraus, wenn es erfragt und hervorgehoben wurde.

Das Weizsäcker'sche Gespräch bedeutete also eine besondere Begegnung zwischen dem Arzt und dem Kranken, durch das ein bestimmtes Wissen hervorgehoben wurde?

Dieses Wissen war kein direktes, unmittelbares Wissen, sondern ein verborgenes. Es wunderte den Kranken oft selbst, weil er vor dem Gespräch nicht wusste, dass er es wusste. Dieses verborgene Wissen fanden wir aufregend. Uns hat interessiert, wie von Weizsäcker mit Kranken sprach. Wir versuchten, unseren Kranken ähnlich zu begegnen. Wenn jemand schon in einer Situation ist, die krank macht, warum bekommt er dann eine Halsentzündung, warum bekommt er eine Gelbsucht oder Zahnschmerzen? Warum ist dann dieses Organsystem und kein anderes betroffen? Von Weizsäcker hat versucht, dieses Warum – „warum gerade jetzt“ und „warum gerade hier“ – des Krankwerdens ohne Vorwissen und Vorurteil beim Kranken selbst entstehen zu lassen. Danach erst hat er aus dem reichen Schatz seines medizinischen Wissens ähnliche Vorkomm-

nisse und Lokalisationen berichtet. In Weizsäcker's Gesprächsmethode vereint sich Unvoreingenommenheit mit solider medizinischer Kenntnis.

Wie hat denn Ihrer Meinung nach Weizsäcker's biografische Methode die Medizin verändern können?

Von Weizsäcker hat gezeigt, dass es wichtig ist, viel mehr zu wissen, als das, was man in der Schule lernt. In der medizinischen Ausbildung gibt es ein bestimmtes Raster, das man abfragt. Etwa die Fragen nach Krankheiten in der Familie, nach Kinderkrankheiten usw. Das wurde abgefragt, vom Kranken beantwortet und vom Arzt notiert. Deshalb kannte man als Assistent den Begriff der Krankengeschichte immer nur als Formular. Von Weizsäcker hat diesen Begriff aber wörtlich genommen. Indem er die Entstehung und das Krankwerden im geschichtlichen Leben des Menschen und damit auch in seinen familiären und gesellschaftlichen Zusammenhängen ernst nahm. Er brachte in die Medizin, dass Krankheiten immer Krankengeschichten sind. Akademisch gesprochen gilt es nach von Weizsäcker Generalist zu sein. Der Arzt muss im Grunde für die gesamten Lebenszusammenhänge und somit für alle Lebensaspekte des Kranken offen sein. Aber Weizsäcker wollte,

dass man sich im Fachlichen konzentrierte und sich in den allgemeinen menschlichen Zusammenhängen erweitere. Das war für meine Generation beim Neubeginn nach 1945 das Anziehende bei von Weizsäcker und seiner Medizin.

Also die Forderung der medizinischen Anthropologie!¹

Wir verwenden den Begriff anthropologisch immer dann, wenn wir die Beschreibung dieses Werdens, Entstehens und Vergehens von Krankwerden und Kranksein oder des Gesundens nicht rein körperlich und nicht rein psychisch vornehmen wollen. Und vor allem, wenn wir den Begriff der Ganzheit vermeiden wollen. Von Weizsäcker stand dem Begriff der Ganzheit sehr skeptisch gegenüber. Einmal deshalb, weil er sagte, man könne das Ganze gar nicht denken, ferner könne man das Ganze gar nicht kennen. Und dann auch, weil er meinte, wenn man behauptete, dass man den ganzen Menschen behandle, behauptete man auch zu wissen, was ein ganzer Mensch sei. Aber das sei Hochmut und Anmaßung. Darum schätzte von Weizsäcker den Begriff des ganzen Menschen ebenso wenig wie den der Ganzheitsmedizin.

Der medizinische Weg seines Schülers Paul Vogel scheint sich zwischen der Frage der medizinischen Lokalisation einer Krankheit und der Frage ihrer Geschichte im Sinne von Weizsäcker zu bewegen. Vogel schreibt: „Die Symptome gleichen der Sprache des Organs. Dieses kann sich nur in bestimmten Redewendungen äußern. Aber in diesen spricht es von dem, was ihm widerfahren ist. Und das ist eine Geschichte.“² Eine triviale Anekdote mag dies zunächst beleuchten. Mein Chef Vogel war mit einem Theologen befreundet, den er am Sonntag oft besuchte. Günther Bornkamm, so hieß der Theologe, fand Vogel eines Tages in seinem Haus im Gespräch mit dem Sohn, der ihm gerade die Fußballnachrichten aus dem Radio wiederholte. Der Theologe wunderte sich, dass sein so zarter und feingliedrig organisierter und auch feinsinniger Nachbar sich für Fußball interessierte. Vogel hat ihm daraufhin erklärt: „Wenn ich am Montag Visite auf der Männerstation mache, dann muss ich wissen, wie VfR Mannheim gespielt hat, sonst kann ich mit meinen Patienten gar nicht umgehen“. Aus der Schule Weizsäcker's kommend, war und ist man

¹ Anthropologie = Die Wissenschaft vom Menschen, d. Red.

² Paul Vogel: Grundfragen der klinischen Neurologie, in: Viktor von Weizsäcker, Arzt im Irrsinn der Zeit, eine Freundesgabe zum siebzigsten Geburtstag am 21.4.1956, hg. v. Paul Vogel, Göttingen 1956, S. 185.

als Mediziner eben nicht bloß Mediziner. Durch von Weizsäcker wird man hineingestellt in den gesamten Lebenszusammenhang, wegen der Patienten, die sehr verschieden sind. Man muss als Arzt bereit sein, ihre Welt und Sprache zu verstehen.

Zur Person

Professor Dr. med. Dieter Janz, geb. 1920 in Speyer/Rhein, Studium der Medizin in Marburg/Lahn, Frankfurt/Main, Prag, Freiburg/Breisgau. 1946 Assistent an der Nervenabteilung der Ludolf-Krehl-Klinik (Medizinische Universitäts-Klinik) bei Paul Vogel (Heidelberg), 1955 Habilitation für Neurologie, Weiterbildung in Psychiatrie bei Kurt Schneider (Heidelberg), in Epileptologie bei F. Braun (Zürich) und in der Neurologie bei McDonald Critchley (London). 1973 Berufung auf den neurologischen Lehrstuhl am Klinikum Charlottenburg der Freien Universität Berlin, seit 1988 emeritiert. Hauptwerk: Die Epilepsien – Spezielle Pathologie und Therapie. Stuttgart: Thieme 1969, 2. Aufl. 1998. Zusammen mit Peter Achilles, Martin Schrenk und Carl Friedrich von Weizsäcker. Herausgeber der Gesammelten Schriften Viktor von Weizsäckers.

Warum hat sich das Weizsäcker-sche Denken letztlich in der Medizin nicht durchgesetzt? Wo lagen und liegen die Widerstände?

Ich verstehe das auch nicht. Wenn man eine Klinik leitet, so wie ich das hier in Berlin viele Jahre lang durfte, dann begegnet einem gar

kein Widerstand. Ich habe bei jeder Visite, bei jeder Patientenbegegnung, bei jeder Anamnese, bei der Krankenvorstellung versucht, bei Weizsäcker zu bleiben. Es gab kaum Widerstand. Auch bei den Studenten nicht, die einen ja in der Zeit nach 1968 in der Vorlesung und auch sonst direkt unterbrochen haben und sehr direkte Fragen stellten. Gut, die Krankenschwestern fanden die Gespräche mit den Kranken manchmal mühsam, weil es für sie zeitraubend war und sie bei den langen Visiten nicht ihr Pensum schafften. Aber in der Sache fanden sie es einleuchtend. Und sie waren auch alle stolz darauf einbezogen zu sein. Denn es ist wichtig einzubeziehen, was Krankenschwestern als Krankenschwestern sehen und sagen. Wenn eine Klinik sich insgesamt als ein aneinander interessierter Organismus darstellt, dann hat das alles einen gewinnenden Charakter und überhaupt nichts Widerständiges.

Was verstehen Sie unter dem Krankenhaus als Organismus?

Ein Arbeitsfeld, das alle Mitwirkenden als einen sinnvollen Lebensraum empfinden, in dem sie von der Küchenfrau bis zum Chefarzt einander bestätigen, um ihre gegenseitige Abhängigkeit wissen und täglich die Erfahrung machen, dass ihr Tun Sinn macht und Sinn gibt.

Unter dem Aspekt des Ökonomischen und dem der Zeitersparnis muss eine Vorstellung vom Krankenhaus als Organismus unter der Ärzteschaft immer Widerspruch erregen. Daraus ergibt sich doch Widerstand?

Der stärkere Widerstand kommt durch die aus der Weizsäcker-schen Denkweise hervorgehende Konsequenz, dass der Patient seine Krankheit nicht nur hat, sondern auch macht. Der Bandscheibenvorfall ist ein sehr klassisches Beispiel, bei dem sich oft ein Zusammenhang zwischen Krankengeschichte und Lebensgeschichte in Erfahrung bringen lässt. Dieser Mensch ist etwa durch familiäre Umstände in eine An- und Verspannung hineingeraten und fühlt sich seit Jahren überfordert. Wir haben das immer daran gemerkt, dass die Leute ins Krankenhaus kamen, dringend eine Spritze verlangten, um dann sofort wieder weitermachen zu können. Manchmal mussten wir sie zwingen, sich ins Bett zu legen. Dann mussten sie unbedingt ein Telefon haben. Vom Bett aus haben sie dann weitergearbeitet. Es hat einen geschwindelt, was diese Bandscheibenpatienten alles zu machen hatten und in welcher Spannung sie stets waren. Die anderen Mediziner sagen vielleicht: „Ach was, der hat sich nur verheben“. Wir behaupten, dass es kein Zufall ist, wenn er sich genau in dem Mo-

ment am Koffer verheben hat, auch das hat eine Vorgeschichte. Man muss doch fragen, warum gerade zu diesem Zeitpunkt? Und was hat ihn so vulnerabel gemacht? Das ist das, was man unter Psychogenese versteht. Er war doch selbst an dieser Vorgeschichte beteiligt. Und da muss er wieder herauskommen, unter Umständen mit Opfern. Die Betrachtung einer aktiven Mitwirkung am Krankwerden wie am Gesundwerden führt in der Medizin immer zu einem Widerstand.

Sie haben als Begründung, warum sich die Weizsäcker-sche Methode nicht durchsetzt, den ökonomischen Druck und das Verhalten des Patienten genannt. Was ist mit dem ärztlichen Kollegen?

Das ist sehr richtig, was Sie sagen. Es wäre mir lieber, etwas anderes zu behaupten, aber es hängt ein bisschen mit der Unbildung vieler Ärzte zusammen. Nur, was heißt in diesem Zusammenhang Bildung? Bildung heißt Interesse an allen Lebensäußerungen des Menschen. Ich finde immer erstaunlich, wie wenig davon vorhanden ist. Wenn man danach fragt, wird man allerdings mit Problemen konfrontiert. Der Arzt ist aber erzogen, auf Beschwerden zu reagieren, das heißt Beschwerden zu beseitigen. Da kommen wir an einen ganz wesentlichen Punkt. Die banale Art ist, dass er zum Rezept-

block greift und sagt: „Dann nehmen Sie mal das“. Aber die Weizsäckerische Art wäre, nach den Beschwerden zu fragen: „Wo kommen sie her? Seit wann haben Sie sie?“ Durch diese Fragen nähert man sich den Problemen, die, wenn man genauer hinsieht, oft nicht lösbar sind. In dem Moment hilft kein Rezept, keine Operation und auch kein „Lassen Sie doch mal!“ und erst recht kein Mitleid. Es ist ganz falsch, sich einen Arzt vorzustellen, der vorher alles weiß. Es ist eine gemeinsame Arbeit von Arzt und Patient. Und damit verändert sich etwas, auch im Arzt selber. Bei Weizsäcker ist das Verhältnis von Arzt und Patient und von Patient und Arzt immer ein gegenseitiges. Genau das wird in der Medizinschule nicht gelernt. Da ist der Arzt der Wissende und der Könnende und der Patient ist der Hilfebedürftige. Der Arzt ist der, der helfen kann. Aber, dass er mit dem Patienten daran arbeitet und die Situation umfassender zu begreifen sucht, das ist etwas, was viele noch scheuen.

Warum weicht der Arzt aus?

Ich denke, es liegt an der Bildung, dem Interesse, einer gewissen Angst. Diese nicht fragende Medizin fragt eben deshalb nicht, weil sie Angst hat vor Problemen. Wenn Sie das psychologisch sehen, hat die nicht fragende Medizin Angst vor dem Patienten. Vor

dem Menschen als Mensch, nicht vor dem Menschen als Fall. Als Fall kann man mit ihm umgehen, da weiß man, wo er hingehört und hat das entsprechende Rezept. Wenn aber die Krankheit mit dem Menschen im Zusammenhang steht, dann muss man als Arzt eben auch dem Menschen begegnen.

Hat der Arzt Angst vor dem Patienten, weil er die Sorge haben muss, seine Autorität einzubüßen, wenn er ein Problem nicht lösen kann?

Ja, das könnte ich mir denken. Aber das hat ein bisschen nachgelassen. Das haben die Achtundsechziger erreicht, dass dieses Potenzgehabe des Arztes, der vorgibt, alles zu wissen, nicht mehr so eklatant ist. Die Halbgötter in Weiß sind kein Thema mehr. Aber trotzdem glaube ich, dass eine gewisse Angst eine Rolle spielt. Alle Krankheiten, die zum Tode führen – im Grunde ist jede Krankheit ein Lehrstück auf dem Weg zum Tode – konfrontieren den Arzt damit, dass auch er sterblich ist.

Reflektiert der Arzt viel zu selten, dass er für seine Kenntnisse, für sein Wissen sein Gegenüber braucht?

Braucht, aber nicht hat. Ich finde das interessant, weil ich gerade mit einem Phänomen zu tun habe. Ein Patient erfährt etwas in seiner Krankheit, was er nicht benennen

kann. Dadurch, dass der Arzt es benennt, aber nicht treffend benennt, nicht genau das trifft, was der Patient hatte, unterdrückt er das, was der Patient meint. Gerade im Bereich der Epilepsie gibt es eine Erfahrung des Unbeschreiblichen. Der Arzt fragt: „Ist das ein Schwindel oder ein Schmerz oder eine Schwäche oder haben Sie Angst?“ Dann ist der Patient ratlos, weil er kein Wort dafür hat, was er erlebt. Der Arzt bietet ihm verschiedene Worte an, bekommt aber keine befriedigende Antwort und reagiert mit Missmut. Daraufhin verstummt der Patient ganz. Er wird einfach stumm. Und der Arzt erfährt nicht, dass er etwas berührt hat, was überhaupt nicht beschreibbar ist. Das Unbeschreibliche ist aber diagnostisch in diesem Fall das Wesen der Sache. So ist das, wenn man meint, man müsse alles in Begriffe fassen können. Auch Unbeschreibliches kann eine medizinische Bedeutung haben, die nur herauskommt, wenn der Arzt die Äußerung des Patienten unverändert gelten lässt.

Das Innere des Patienten und den Patienten von innen kennen lernen?

Das finde ich eine gute Sache. Daran leuchtet ein, dass es den Patienten von innen und das Innere des Patienten gibt. Das ist ein schönes Ergebnis unseres Gesprächs.

Herzlichen Dank.

Das Gespräch mit Professor Janz führte Ulrike Hempel.

Nachdruck aus BERLINER ÄRZTE 6/2007 S. 32 ff mit freundlicher Genehmigung der Ärztekammer Berlin und von Ulrike Hempel.



Joachim Faulstich

*Das heilende Bewusstsein.
Wunder und Hoffnung an den
Grenzen der Medizin.*
Knaur Verlag München 2006,
ISBN: 3-426-66557-2, 300 S.
17,90 Euro

Für eine aktuelle Rezension dieses Buches ist es eigentlich schon zu spät, denn der Titel ist bereits im Oktober 2006 erschienen. Doch da uns eine Leserin auf das

Buch aufmerksam machte: „Das ist doch eigentlich auch etwas für FORUM PSYCHOSOMATIK“ und der Inhalt gut zum Schwerpunkt dieser Ausgabe passt, nahm ich mich der Sache an – zugegebenermaßen etwas skeptisch. Wenn die Begriffe „Heilen, Wunder, Hoffnung“ in einem Atemzug auftauchen – ist das nicht doch etwas abgedreht? Meine Bedenken wurden weniger, als ich das Buch in den Händen hielt: Der Autor ist auch Regisseur wissenschaftlicher Fernsehdokumentationen und hat – sozusagen parallel zur Bucherscheinung – einen Fernsehbeitrag für die ARD gedreht, der 2006 unter dem Titel „Rätselhafte Heilung – Wunder an den Grenzen der Medizin“ gesendet wurde. Der Ton des Buches ist denn auch, aus der Ich-Perspektive geschrieben, angenehm sachlich und wohlthuend, ich merkte, ich sollte hier nicht missioniert werden. Und so ließ ich mich denn ein und ging mit dem Autor auf die Reise zu Berichten von wissenschaftlich unerklärbaren oder schwer erklärbaren Heilungsgeschichten: Sei es bei den „Curanderos“ (Heilern) im

südamerikanischen Regenwald oder zu Grete Flach in Büdingen, nordöstlich von Frankfurt am Main. Ich las über die Wirkungen des Placeboeffektes, die Psychoneuroimmunologie, Hypnotherapie oder Homöopathie und die Bedeutung des Geschehens, das zwischen zwei Menschen in einer „Beziehungsmedizin“ bedeutsam ist. Ich habe das Buch in einem Rutsch durchgelesen und kann dem Autor nur zustimmen, wenn er schreibt: „Heilung ist demnach kein mechanischer Akt, sondern geschieht in der Verbindung unterschiedlicher Ebenen. Bewusstsein, Geist, Seele und körperliche Prozesse spielen zusammen. Weil dies offenbar so ist, kann die moderne Medizin nur gewinnen, wenn sie auch die Kräfte des 'Irrationalen' nutzt.“ Faulstich ist deshalb nicht für eine „weitere Entzauberung der Heilkunst“, sondern für eine „Wieder-entzauberung der Medizin“.

HGH

Die Sendung zum Buch wurde am 29. April 2008 um 21.45 auf NDR wiederholt. Ein DVD-Mitschnitt zum Preis von 25,- Euro kann bestellt werden bei:
HR-Fernsehen, Archivservice,
Postfach, 60222 Frankfurt/M,
email:
archivservice@hr-online.de



Pschyrembel Naturheilkunde und alternative Heilverfahren. Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, Berlin 2006, 423 S. 29,95 Euro, ISBN: 978-3-11-018534-9

Den meisten, die sich mit medizinischen Fragestellungen beschäftigen, ist **der Pschyrembel**, ein schulmedizinisch orientiertes klinisches Wörterbuch, wohl vertraut. Nun gibt es auch einen Pschyrembel Naturheilkunde und alternative Heilverfahren und zwar bereits in der dritten Auflage.

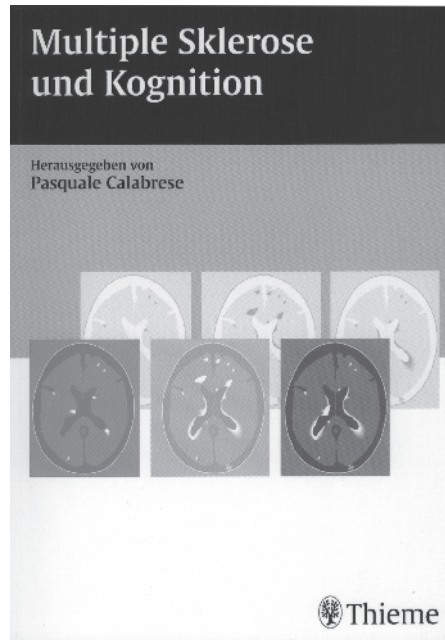
18 FachautorInnen, die meisten von ihnen wissenschaftlich an Naturheilkundezentren tätig, haben die mehr als 4.000 alphabetisch

sortierten Einträge von „Abdominalkrämpfen“ bis zur „Zystitis“ geprüft, aktualisiert und bei Bedarf erweitert. Dabei werden Gebiete wie Phytotherapie, Hydrotherapie, physikalische Therapien, ausleitende Therapien, Homöopathie, anthroposophische Medizin, Ernährungsmedizin, Psychotherapie, Ethnomedizin, aber auch die Traditionelle Chinesische Medizin, die Indische Medizin und die Tibetische Medizin angesprochen. Abbildungen und Tabellen dienen der Übersichtlichkeit und helfen, die Erläuterungen leichter zu verstehen. Ein umfangreiches Adressverzeichnis rundet das Werk ab.

Sachlich, kompetent und verständlich werden die zum Teil komplexen Sachverhalte dargestellt. Dieser Pschyrembel macht deutlich, dass Naturheilkunde und alternative Heilverfahren wichtige Bestandteile des heutigen Gesundheitssystems und nicht mehr wegzudenken sind. Zu wünschen ist diesen Disziplinen auch eine verstärkte Anerkennung als abrechenbare Kassenleistungen.

Wer sich für Methoden der komplementären Medizin interessiert, findet in dem Pschyrembel Naturheilkunde und alternative Heilverfahren ein inhaltsreiches Nachschlagewerk.

30



Pasquale Calabrese (Hg.)

Multiple Sklerose und Kognition.
Georg Thieme Verlag, Stuttgart
2007, 113 S. 9,95 Euro, ISBN:
978-3-13-133771-9

In 14 Kapiteln beschäftigen sich 19 AutorInnen mit kognitiven Aspekten bei MS. Dabei ist das Buch in drei übergeordnete Abschnitte eingeteilt: Zunächst geht es um Grundlagen, es folgen Ausführungen zur Diagnostik und schließlich werden Therapie, Rehabilitation und Lebensqualität thematisiert. Ein Sachverzeichnis am Ende des Werkes erleichtert das Auffinden bestimmter Begriffe.

Si

Bei der Lektüre des Buches wird deutlich, dass kognitive Symptome bei MS lange Zeit unerforscht ge-

blieben sind. Inzwischen geht man davon aus, dass bei mehr als 50 Prozent der MS-Betroffenen kognitive Störungen auftreten, wobei Männer häufiger betroffen sind als Frauen und Menschen mit einem progredienten (fortschreitenden) Verlauf häufiger als solche mit einem schubförmigen Verlauf. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprobleme stehen dabei im Vordergrund.

Auch die Beziehungen von kognitiven Störungen zu anderen Krankheitsbildern oder Symptomen, die bei MS-Betroffenen häufig vorkommen, werden besprochen. So sind die Wechselwirkungen zwischen kognitiven Aspekten einerseits und Depressionen, der raschen Ermüdbarkeit (Fatigue) und Schlafstörungen andererseits noch nicht eindeutig geklärt. Als Leserin frage ich mich, ob manche Symptome, die als kognitive Störungen bezeichnet werden, nicht eher der Fatigue oder einer Depression zuzuschreiben sind.

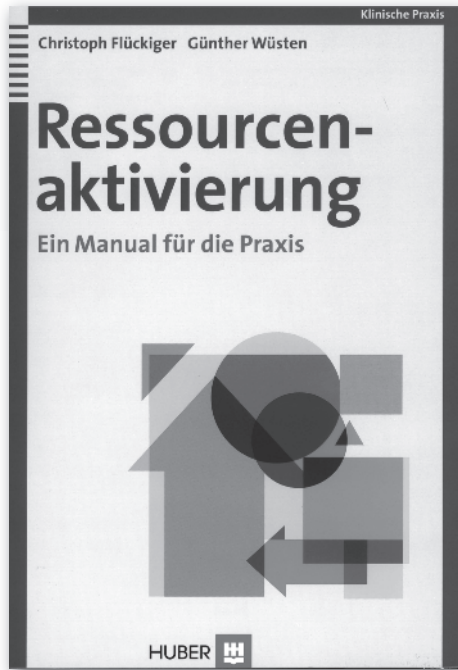
Bezüglich der Therapie kognitiver Symptome bei MS gibt es noch keine standardisierten Behandlungsverfahren. Auch über die Wirkungen immunmodulatorischer Therapien auf diesen Symptomenkomplex weiß man bislang nicht viel. Die AutorInnen plädieren für eine psychologische Unterstützung der Betroffenen. Außerdem sprechen sie sich dafür aus, bei Forschungen das Augenmerk

auf die Lebensqualität der Betroffenen zu legen. Dieses Kriterium halten sie für aussagekräftiger als die herkömmliche Orientierung an neurologischen Faktoren. Das subjektive Befinden der Betroffenen verstärkt in den Vordergrund zu stellen, halte ich für eine erfreuliche und sinnvolle Entwicklung.

Dieses Fachbuch richtet sich vor allem an Menschen, die in der Therapie von MS-Betroffenen tätig sind. Für die Betroffenen selbst ist es mit vielen Fremdwörtern und angesichts sehr weniger gesicherter Erkenntnisse meiner Ansicht nach nur bedingt zu empfehlen.

Si

31



Flückiger, F. / Wüsten, G.

*Ressourcenaktivierung.
Ein Manual für die Praxis.
Verlag Hans Huber Bern 2008,
ISBN: 3-456-84578-2, ca. 50 S.
14,95 Euro*

Haben Sie schon einmal von „Ressourcenhotspots“ gehört? Dies sind „Quellen der Zufriedenheit und des Wohlbefindens“ oder „Bereiche mit besonders hilfreichen Fähigkeiten und Fertigkeiten“. In der Therapie oder der Beratung, so Flückiger/Wüsten, gilt es, das Vertrauen der Ratsuchenden in die eigenen Handlungsfähigkeiten wiederherzustellen. Denn vorhanden sind diese Fähigkeiten oder Stärken auf jeden Fall.

Mit ihrem „Manual“, das ich als „Handlungsanleitung“ übersetze, wollen die Autoren konkrete Möglichkeiten aufzeigen, wie die Ressourcen einer Person in bestehende Therapiekonzepte integriert werden können.

Der schmale Band, in dem Interventionen, Fallbeispiele und Arbeitsblätter vorgestellt werden, gliedert sich in drei Abschnitte: Zunächst wird kurz die „Ressourcenanalyse“ vorgestellt, dann folgt die „Ressourcenorientierte Gesprächsführung“ und abschließend werden die „Ressourcenaktivierenden Strukturinterventionen“ dargestellt.

Der Anspruch der Autoren ist es, „in möglichst verständlicher Alltagssprache“ zu schreiben, doch dies ist meines Erachtens leider nur an wenigen Stellen eingelöst, vor allem bei den Fallbeispielen oder den Fragen zur Weiterarbeit. In ihnen wird gut dargestellt, was Abkehr vom Defizitblick heißt:

„Herr G.: Ich fühle mich schon sehr oft alleine, außer einem Freund treffe ich selten jemand.“

Defizitfokussierte Intervention: Sie fühlen sich oft alleine und treffen selten jemand?

Ressourcenorientierte Intervention: Was verbindet Sie mit diesem Freund?“

Hat man sich einmal daran gewöhnt, dass fast jedes dritte Wort (ich übertreibe) „Ressource“ lautet, dann kann der Band durchaus

eine gute Hilfestellung für die eigene Arbeit in Therapie und Beratung leisten.

HGH

Rommelspacher, B. / Kollak, I.:

*Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen.
Mabuse-Verlag Berlin 2008,
ISBN: 978-3-938304-99-0,
324 S., 30,- Euro*

Ausgangspunkt des vorliegenden Titels ist die Tatsache, dass Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, dies sind laut Mikrozensus 2006 immerhin 15,1 Millionen = 18,4 Prozent der Bevölkerung, im Sozial- und Gesundheitswesen auf zahlreiche Zugangsbarrieren stoßen, sprich: es ist alles fest in deutscher Hand! Doch für eine gleichberechtigte Teilhabe sowohl von KlientInnen oder auch Professionellen mit Migrationshintergrund muss sich einiges ändern: sowohl die eigene Einstellung als auch Strukturen von Organisationen.

Die Beiträge dieses Sammelbandes gehen auf mehrere Tagungen zurück, die die Alice-Salomon-Fachhochschule zusammen



mit der Friedrich-Ebert-Stiftung in Berlin durchgeführt hat. Gebündelt werden sie in drei Bereichen: Erstens kommen die Analysen, etwa mit welchen „Visionen und Stolpersteinen“ die interkulturelle Öffnung verbunden ist. Zweitens werden Konzepte vorgestellt, etwa der niederländische Aktionsplan für eine interkulturelle psychosoziale Grundversorgung und drittens sind die Projekte an der Reihe, etwa die Erfahrungen der BOA Jugend- und Drogenberatung für „Spätaussiedler“ aus den ehemaligen GUS-Staaten.

Da die Stiftung LEBENSNERV derzeit eine kleine Studie im Bereich der Beratung von chronisch kranken und behinderten Menschen mit Migrationshintergrund

durchführt (siehe Editorial), waren wir natürlich besonders neugierig auf die Texte. Unsere Neugier wurde reichlich belohnt – alle 16 Beiträge boten neue Einsichten und Perspektiven für unser Vorhaben, sodass an dieser Stelle kein weiterer Text besonders herausgehoben werden soll. Wünschenswert wäre es deshalb aus meiner Sicht, wenn das Buch Pflichtlektüre für alle Verantwortlichen im Gesundheits- und Sozialbereich würde!

Kleines Manko am Rande: Ich hätte mir gewünscht, dass die Herausgeberinnen bei allen Beiträgen das genaue Entstehungsdatum vermerkt hätten. So bleibe ich als Leser etwas im Unklaren, wie aktuell der Text wirklich ist. Das ist aber auch mein einziger Kritikpunkt an diesem überaus empfehlenswerten Titel.

HGH

LeserInnenbriefe

Gerade habe ich den ersten Teil der neuen Ausgabe sehr interessiert gelesen und mich darüber gefreut, dass die musiktherapeutische Arbeit mit MS-Erkrankten Euren Preis bekommen hat. Ich selbst habe musiktherapeutische Arbeit während eines Kur-Aufenthaltes kennengelernt und als sehr bereichernd und positiv für mich erlebt. Das Klavierspiel setzt in mir soviel Positives frei, dass ich es manchmal kaum beschreiben kann. Es ist eine ungeheure Kraftquelle für mich geworden, aus der ich tagtäglich schöpfen kann und die mich meinen Körper eben auch so positiv spüren lässt. Sicher habe ich auch Glück mit einer tollen Klavierlehrerin und anderen guten Umständen, in denen ich

lebe, aber ich möchte einfach nochmal betonen, wie wichtig und kräftigend solch eine kreative Tätigkeit eben gerade auch für uns MS-Patienten ist. Jahrelang haben mich besonders starke Schmerzen am linken Arm, durch einen Schub hervorgerufen, doch sehr beeinträchtigt. Seitdem ich das mit dem wunderbaren Klavierspiel so intensiv betreibe, mich weiterentwickle und so viel Freude und Kraft daraus schöpfe, sind diese Schmerzen in erheblichen Maße zurückgegangen.

K. P. – Frankfurt a. M.