

**ARBEITSGRUPPE
REFLEKTIERTE
KASUISTIK**

Dr. Anna
Staufenbiel-
Wandschneider

THURE VON UEXKÜLL (1908–2004)

**Die Medizin krankt daran, dass sie
entweder
eine Medizin für Körper ohne Seele
oder
eine Medizin für Seelen ohne Körper
praktiziert.**



THURE VON UEXKÜLL-AKADEMIE FÜR INTEGRIERTE MEDIZIN (AIM)

- Die Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin (AIM) hat sich das zentrale Anliegen vorgenommen, den Dualismus im Denken und Handeln in der Medizin zu überwinden.
- Zwei theoretische Grundannahmen sind wegweisend: Organismus und Umwelt werden als „Einheit des Überlebens“ aufgefasst. (G. Bateson: Ökologie des Geistes)
- Krankheit wird als Ausdruck von Störung innerhalb dieser Einheit gedeutet und zeigt Passungsverlust und Passungsverpassung und deren Auswirkungen an.

ALLGEMEINE ÜBERLEGUNGEN

- Wir haben gesehen, dass wir **Individuum und Umwelt nicht getrennt betrachten** dürfen.

- Damit stehen wir vor dem Problem, wie sich deren **Zusammenhänge in Konzepte bringen lassen, die dem Arzt konkrete Hinweise für seine diagnostischen und therapeutischen Aufgaben liefern.**

ALLGEMEINE ÜBERLEGUNGEN

- Dieser Gedankengang nimmt Bezug auf den wichtigen Vordenker Jakob Johann von Uexküll (1864-1944).
- In seinem Buch „Umwelt und Innenwelt der Tiere“ formulierte er eine philosophische Begründung der Biologie als Wissenschaft vom Lebendigen.
- **Hauptgedanke:** Ein Lebewesen ist immer auch seine je besondere Umwelt. Seine Grenzen sind nicht durch seine Oberfläche (Haut) gegeben, sondern durch seine Wahrnehmung und seine Aktivität im Raum.

ALLGEMEINE ÜBERLEGUNGEN

- Wie kann diese Abstraktion, dass es „**Wahrnehmung und Aktivität im Raum seien, die die Grenzen eines lebenden Wesens zeigen**“, vom Gegenüber, z.B. von einem Arzt im Konkreten erkannt werden?

- Anders gefragt: Wie können wir uns für die „**Einheit des Überlebens**“ interessieren, die eine Person für sich mit Leben ausfüllt, die sein Leben ist?

ALLGEMEINE ÜBERLEGUNGEN

- Vorschlag: Das Interesse muss den Vorgängen der Bedeutungserteilung gelten.
- Anschaulich kann man es sich so vorstellen, dass jeder Mensch (jedes lebende Wesen) wahrnehmend, denkend Teile aus einer sinnlich und mental erstellten „Wahrnehmungswolke“ „herausschneidet“, die für sein momentanes Leben und Überleben von Bedeutung sind.
- Ob sich dieses Teil und der Akt der Bedeutungserteilung als brauchbar herausstellen, d.h. Lebendigkeit fördernd und erhaltend wirken, lässt sich möglicherweise am Wohlergehen oder am Leiden der Person ablesen.

ALLGEMEINE ÜBERLEGUNGEN

- Als lebende Wesen haben wir alle unsere je eigenen Wahrnehmungen der eigenen Umwelt einschließlich der in ihr lebenden Wesen und stellen in uns (und zwischen uns interaktiv) kontinuierlich die dazugehörigen Interpretationen - Bedeutungserteilungen - her.
- Diese Sichtweise enthält die Vorstellung, Menschen und Lebewesen als „**geschlossene Systeme**“ zu denken.
- Daraus folgt, dass erkennbar und verstehbar von einem Lebewesen nur etwas werden kann, wenn es zur Kommunikation über diese Bedeutungserteilungen kommt.

ALLGEMEINE ÜBERLEGUNGEN

- Der **Körper** des Patienten kann als **offenes System** (Metapher: Uhrwerk) angesehen, vermessen und abgebildet werden.
- **Begriffe:**
 - Triviale Maschine
 - Pragmatische Realitätskonstruktion
- Die **Geschichte eines kranken Menschen** wird nicht vermessen, sie wird erzählend hergestellt, vermittelt und geteilt.
- Der **Patient** als ein **geschlossenes System** (Metapher: black box).
- **Begriffe:**
 - Nicht-triviale Maschine
 - Kommunikative Realitätskonstruktion

REFLEKTIERTE KASUISTIK

- Was hat die **Methode der Reflektierten Kasuistik (RK)** als ein Instrument der Fallbesprechung mit diesen Bruchstücken der Theorieentwicklung zu tun?
- Die Methode ist eine praktische Umsetzung grundlegender theoretischer Überlegungen zur Humanmedizin.
- Dabei wird Bezug genommen
 - auf semiotische Kategorien
 - auf Denkansätze aus dem Konstruktivismus und
 - auf die Systemtheorie.

REFLEKTIERTE KASUISTIK

- Die RK dient dem Merken, Erkennen und dem Verständnis von Wirklichkeitskonstruktionen.
- Arzt und Patient können nicht wissen, wie sich die Wirklichkeit des jeweils anderen anfühlt und ansieht.
- Um ein diagnostisches und therapeutisches Bündnis aufzubauen, müssen sie möglichst in Teilen eine „gemeinsame Wirklichkeit“ herstellen - konstruieren.
- Dafür müssen sich beide wechselseitig aktiv mit der Bedeutungszuteilung für Worte, Gesten und Handlungen des Anderen beschäftigen und die eigenen - so wie es möglich ist - mitteilen.

REFLEKTIERTE KASUISTIK

- Vorgestellt werden Patienten-Arzt, Arzt-Patienten, Patienten-Familien-Situationen und ihre Geschichte und zum Ausgang einer Gruppenreflexion genommen, ähnlich wie in einer Balint-Gruppe.
- Je nach Gruppenkultur werden die Berichte spontan erzählt oder vorbereitet und geordnet in:
 - die Geschichte eines Patienten mit seiner Krankheit
 - die Geschichte eines Menschen und
 - die Geschichte einer Arzt-Patienten Beziehung.
- Die Geschichte des Arztes/Behandlers gehört auch dazu.
- **Anmerkung:** Es ist erfahrungsgemäß nicht ohne Weiteres möglich, dass Ärzte ihre Geschichte reflektieren und dies der Gruppe/dem Gruppenprozess zur Verfügung stellen.

REFLEKTIERTE KASUISTIK

- Der Bericht dauert meist 10 bis 15 Minuten. Nachfragen aus der Gruppe z.B. zu Biographie, Diagnostik, Behandlungsaspekten gehören in den Gruppen-Reflexionsprozess und u.U. in die Nachlese.
- Die Gruppe bestimmt einen Moderator für die aktuelle Sitzung.
- Es folgt eine strukturierte Selbst-Befragung der Teilnehmer nach einem Schema, das möglichst gut beibehalten wird. Wenn möglich, sollte sich jedes Gruppenmitglied äußern.
- Das schematische Vorgehen wird oft als schwierig, etwas rigide und evtl. sogar störend empfunden.

REFLEKTIERTE KASUISTIK

- Eine zentrale Erkenntnis, die diese Herangehensweise ermöglicht, ja geradezu hervorbringt, ist der Zugang zur je eigenen, subjektiven Bildung von Aufmerksamkeitsfoki.
- Bedeutungserteilung stellt sich ein und wird der Reflexion zugänglich. Beim Zuhören sollte bedacht werden, dass wir einen Behandler sprechen hören, der Teil einer Patienten-Umwelt geworden ist.
- Dies bedeutet: Wir bilden sofort nicht nur einen Fokus, sondern einen
 - auf die Geschichte des kranken Menschen
 - auf die Arzt-Patienten-Familien-Gesellschaft-Beziehungen
 - und einen auf das, was und wie der Vorstellende erzählt .

REFLEKTIERTE KASUISTIK

- Die Gruppenarbeit ist strukturiert und wird moderiert. Es werden **acht Schritte** gegangen.
- **(1)** Was fällt ihnen an der Kasuistik auf?
- **(2)** Warum ist Ihnen das wichtig?
- **(3)** Was würden Sie gern noch von dem Patienten wissen?
- **(4)** Wie würden Sie die Kasuistik auf ihrem beruflichen Hintergrund verstehen?

REFLEKTIERTE KASUISTIK

- **(5)** Wenn es Ihr Patient wäre, wie würden Sie weiter vorgehen?
- **(6)** Ist eine gemeinsame Wirklichkeit in der Gruppe entstanden? Gibt es einen „gemeinsamen Interpretanten“?
- **(7)** An den vorstellenden Kollegen: Was machen Sie mit den Einfällen der Gruppe?
- **(8)** Wie wurde die Moderation erlebt? Wie fühlte sich der Moderator? Wie wurde die Methode erlebt?

REFLEKTIERTE KASUISTIK

- **1. Schritt:**

 - Was fällt Ihnen an der Kasuistik auf?*

 - Wo blieben Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit beim Hören hängen?

- Gesucht wird der individuelle und subjektive Blickwinkel, Fühlwinkel, Denkwinkel auf den gehörten Bericht.
- Im Unterschied zur Balint-Gruppe nehmen wir nicht explizit Bezug auf das Gesagte der anderen Gruppenteilnehmer. Die zentrale Übung besteht darin, die individuelle Bildung eines Aufmerksamkeitsfokus bei sich selbst zu merken und Worte zu suchen.
- Merken beinhaltet die Beobachtung, wie ist zu spüren, dass man einem Zeichen eine Bedeutung erteilt? Z.B. gibt es leibnahe Empfindungen, Gestimmtheit, Denk- und Phantasietätigkeit...

REFLEKTIERTE KASUISTIK

■ 2. Schritt:

Warum ist Ihnen das wichtig?

- Hiermit soll deutlich werden, dass jeder das Gehörte mit bestimmten Konzepten abklopft, durchleuchtet, ordnet.
- Die Teilnehmer nehmen wahr, dass jeder individuell Bedeutungen erteilt - Relevanz zuschreibende Interpretanten hat.
- Beim Formulieren wird dies dem Sprecher und den Teilnehmern zugänglich.
- Konstruieren im Sinne von „Wirklichkeit in Sprache überführen“ wird der Reflexion zugänglich.

REFLEKTIERTE KASUISTIK

- **3. Schritt:**

Was würden Sie gern noch vom Patienten wissen?

- Die Antworten auf diese Frage verdeutlichen, **wie wirksam die individuellen Konzepte sind** und **wie sie entscheiden, was jeder für bedeutend hält.**
- Bedeutungserteilung führt zu **Verwertung** und das bedeutet, zur **Suche nach Wirksamkeit(en).**



REFLEKTIERTE KASUISTIK

- 4. Schritt:

Wie würden Sie die Kasuistik auf Ihrem theoretischen Hintergrund beschreiben?

- Hier kann zum Ausdruck kommen, wie die **gelernten Theorien** und die berufliche und persönliche Lebenserfahrung, die sich im Gebrauch der Theorien zeigt, den Teilnehmern dienen, eine **Fallgeschichte zu ordnen, um Komplexes zu reduzieren, um zu handhabbaren Erkenntnissen zu kommen.**

REFLEKTIERTE KASUISTIK

- **5. Schritt:**
Stellen Sie sich vor, es wäre Ihr Patient, wie würden Sie weiter vorgehen?
- Jeder kann nun Entwürfe formulieren, in denen die **eigenen Erkenntnisgewinne** handlungsleitend sichtbar werden.
- Hier kann auch formuliert werden, **ob, wo und wie Passungsstörungen des Patienten mit seiner Umwelt gesehen werden.**
- Welche kommunikativen Wege habe sich eröffnet, um zu „**gemeinsamen Wirklichkeitskonstruktionen**“ mit dem Patienten zu kommen?

REFLEKTIERTE KASUISTIK

- **6. Schritt:**

Ist in der Gruppe ein gemeinsamer Interpretant entstanden?

- Diese Frage führt dazu, dass der **Austausch innerhalb der Gruppe in den Mittelpunkt rückt**. Unterschiedliche Blickwinkel und theoretische Zugänge können von ihrer Brauchbarkeit her reflektiert werden.
- Die subjektiven und individuellen Aspekte der Konstruktionen werden in einem mehr oder weniger **integrierenden Prozess zueinander in Beziehung gesetzt**.

REFLEKTIERTE KASUISTIK

- **7. Schritt:**

Was machen Sie mit den Einfällen aus der Gruppe?

- In diesem Schritt wird die Arzt-Patient-Beziehung, wie sie in der anfänglichen Vorstellung sichtbar geworden war, um Aspekte aus dem Gruppenprozess bereichert.
- Die Geschichte der Beziehung und oft auch Einiges aus der Geschichte des Arztes - seiner persönlichen und beruflichen Wirklichkeit - können zur Sprache gebracht werden.

REFLEKTIERTE KASUISTIK

- **8. Schritt:**

 - Wie wurde die Moderation erlebt?*

 - Wie fühlte sich der Moderator?*

 - Wie wurde die Methode erlebt?*

- Dieser Schritt entwickelte sich in der Hamburger Gruppe in Reaktion auf die Erfahrung, dass die **Rolle des Moderators manchmal konflikthaft erlebt wurde.**
- Die **starre Aufteilung** der Reflexionsschritte, wie sie das Schema vorgibt, löste immer wieder **Widerstand und Ärger** aus.



REFLEKTIERTE KASUISTIK

- **8. Schritt:**

Wie wurde die Moderation erlebt?

Wie fühlte sich der Moderator?

Wie wurde die Methode erlebt?

- Die **Gewohnheit, mehrere Aspekte gleichzeitig zu beantworten, ist uns allen sehr vertraut.**
- Oft haben wir aber festgestellt, dass die Schrittfolge nicht nur didaktisch fundiert ist, sondern auch dabei nützt, **Komplexität und Vereinfachung gleichzeitig im Auge zu behalten**, wenn wir schwierige Krankengeschichten besprechen wollen.
- Der Gruppenprozess und die Dynamiken können zur Sprache kommen.

REFLEKTIERTE KASUISTIK

- Die Reflektierte Kasuistik schärft unsere Wahrnehmung für das **Entstehen von Wirklichkeitskonstruktionen**.
- Wenn Krankheit als Ausdruck von Störung innerhalb der Einheit Organismus und Umwelt „Einheit des Überlebens“ aufgefasst wird, dann heißt Diagnostik letztlich Symptome als Zeichen von Passungsverlust und Passungsverpassung zu lesen.

REFLEKTIERTE KASUISTIK

- Die Konstrukte

- **Passung**
- **Passungsarbeit**
- **Passungsstörung und**
- **Passungsverlust**

stehen im Zentrum der Theoriebildung über Krankheit und Heilung in der AiM.

- Die Methode der Reflektierten Kasuistik wurde entwickelt, um über Fragen nach den Störungen auf theoretisch fundierte Art und zugleich im subjektiven eigenen Deutungskontext kollegial nachdenken zu können.