

Dr. med. Gernot Rüter

Blumenstr. 11

71726 Benningen

Fon: 07144 14233

Fax 07144 4649

Mail: rueter@telemed.de

Vortrag für das Philosophicum für Mediziner, Würzburg 21.12.2017

Was bedeutet Patientenwohl in der hausärztlichen Praxis?

Worum es gehen soll

Erneut stellt sich Ihnen mit mir ein philosophischer Amateur vor. Ich kann nicht für mich in Anspruch nehmen, die wesentlichen Strömungen und Trends der philosophischen Geschichte, wie Goethe seinen Faust sagen lässt, „durchaus mit heißem Bemühen studiert“ zu haben. Mit heißem Bemühen schon, eher als durchaus. Wie Faust habe ich Medizin, nicht aber Juristerei und nicht Theologie studiert. Meine philosophische Lektüre dieses Sommers war ein 2009 erschienenes Buch Gerhard Gamm mit dem Titel „Philosophie im Zeitalter der Extreme“ und mit dem Untertitel „Eine Geschichte des philosophischen Denkens im 20. Jahrhunderts“. Im Klappentext wird der Autor als habilitierter Philosoph, aber auch als diplomierter Psychologe und Soziologe vorgestellt, der an der Technischen Universität Darmstadt lehrt. Bei der Lektüre entstanden immer wieder Assoziationen zu meinem Erleben essenzieller Lebensnot der Patienten als Vollzeit-Hausarzt. Andererseits droht den Philosophen manchmal die konkrete Erdung des täglichen Lebens verloren zu gehen. So entstand der Gedanke, philosophische Strömungen im 20. Jahrhundert mit hausärztlichem Praxiserleben zusammen zu bringen.

Der erste Abschnitt des Buches –Überschrieben mit „Vorphilosophische Welterfahrung“ ist Sören Kierkegaard gewidmet mit der Überschrift „Abstraktes Denken und konkrete Existenz“. Eine der philosophischen Strömungen, den Existentialismus, den viele bei Kierkegaard beginnen lassen, wird so beschrieben: *„Existentialismus“ deshalb, weil in dieser Art philosophischen Denkens das Faktum der Existenz des Einzelnen eine bedeutende Rolle spielt. Die Existenz des Einzelnen wird in den*

Mittelpunkt gestellt als die besondere Weise, wie der Mensch in der Welt ist, wie er sich darin (be)findet und zu sich selbst, zu seinem Denken und seinen Gefühlen, seinem Geschlecht und seinem Stand, seinen ethischen und ästhetischen Anschauungen verhält. Einige Sätze weiter heißt es: Dem Existenzialismus ist darum zu tun, was es heißt, dass ein Einzelner in der Welt und in bestimmten Lebensvollzügen denkt und fühlt, handelt und auf sich selbst Bezug nimmt. Der zentrale Begriff ist die konkrete, sinnliche Existenz des Einzelnen.

Bezüge zum ärztlichen (Er)leben

Lese ich nun solche Sätze als Arzt, dann muss ich in der Weise entflammen, dass ich sage, ja, das genau ist meine Welt. Das ist meine tägliche Lebenserfahrung. Genau bei diesen Lebensvollzügen, bei diesem in der Welt sein, bin ich dabei. Ich bin als ich dabei, indem ich mein Leben unter anderem in meinen ärztlichen Handlungsvollzügen gestalte. Vielleicht stellen wir diesen Gedanken noch ein wenig zurück. Denn ich bin ja noch viel mehr und viel differenzierter dabei, wenn es darum geht, meine Patienten in ihren existentiellen Bemühungen zu unterstützen. Das Buch des Neu-Phänomenologen Hermann Schmitz „Leib und Gefühl“ trägt den Untertitel „Materialien zu einer philosophischen Therapeutik“. In der Vorrede schreibt Schmitz „*Der Obertitel stammt von mir; am Untertitel habe ich keinen Anteil, ich erfuhr ihn erst durch die Veröffentlichung. Meine Philosophie habe ich nie auf eine therapeutische Methode oder Technik angelegt, so sehr ich auch überzeugt bin, dass ihr phänomenologischer Inhalt therapeutisch nutzbar ist*“. Auch Gamm schreibt auf den 350 Seiten seiner Philosophie im 20. Jahrhunderts nichts darüber, wie denn Menschen vielleicht Hilfestellung bei ihren Lebensbemühungen zukommen könnte. Der Philosoph wird daran gehen, zu untersuchen, zu disputieren, zu abstrahieren, nach welchen Gesetzmäßigkeiten, Regeln und Bedingungen die je einzelne Existenz gelingen könnte. Dabei ist er in scharfsinniger Gesellschaft anderer Philosophen und entfernt sich schon wieder vom Einzelnen, soweit es ihn nicht selbst betrifft.

Der Arzt, der sich anrühren, ergreifen und hineinziehen lässt, kann sich dem Einzelnen nur teilweise entziehen. Dem Hausarzt als demjenigen, der, wie beispielsweise ich, seit nun fast 70 Jahren in einem Dorf mit seinen sozialen Strukturen, geteilten Erfahrungen, Lebensgeschichten, Kommunikationen lebt, gelingt ein Entziehen, ein Sich-heraus-halten kaum; er ist Teil dieses Lebens.

Erlauben Sie mir hier eine kleine Abschweifung: Um Ärztinnen und Ärzte zu werden, müssen junge Menschen sich enorm anstrengen, klug und fleißig sein. So bestehen sie alle Prüfungen und Ausleseverfahren und werden am Ende als Ärzte approbiert, bilden sich weiter, um tätig zu werden.

Schon während dieses Weges aber gibt es Rückzugstendenzen, sich zu entziehen, unbeschwert sein zu wollen. Ein gängiger Begriff wird der der „work-life-balance“. Es suggeriert, dass ein Gegensatz zwischen Tätigkeit, Arbeit und Leben bestehe. Eigentlich war ja doch ein Leben in und mit der Arbeit angestrebt worden. Ärztliche Selbstsorge und Identifikation müssen vielleicht neu überlegt werden.

Der Arzt ist von *anderen Abstraktionsebenen* bestimmt als der Philosoph, nämlich vom verbreiteten Denken in Krankheitsentitäten. Er ist vielfach täglich mit Fragen konfrontiert, wie diese oder jene Erkrankung zu erkennen, welche diagnostischen Schritte zu unternehmen seien, welche Prognose sich aus dem Prozess der *diagnose*, des durch und durch Erkennens, ergäbe und welche therapeutischen Schritte einzuleiten seien. In „Die Geburt der Klinik“ beschreibt Michel Foucault, wie in den ersten Jahren nach der französischen Revolution durchaus ganz andere Krankheitseinteilungen und Beschreibungen gefunden wurden, teilweise den politischen Vorgaben geschuldet. Heute sind den Vorgaben guten ärztlichen Handelns große Statistiken, epidemiologische Erhebungen unter –oftmals - wiederum wirtschaftlich-politischen Vorgaben hinterlegt. Sie münden in einer Medizin, von der wir seit Sackett, Cochrane und anderen sagen, dass sie auf *evidence*, auf Beweise gegründet sei.

Der Begriff der „Gesamtdiagnose“, den der ungarisch-englische Psychoanalytiker Michael Balint prägte, konnte sich nicht allgemein durchsetzen. Balint versuchte, eben die konkrete Existenz des einzelnen Menschen mit der Abstraktion seines nosologischen Krankseins zusammen zu bringen. Ein Mitglied der Ur-Balintgruppe, M.B. Clyne, den ich noch kennenlernen konnte, schreibt [In Balint E, Norell Hrsg 1975, Fünf Minuten pro Patient]: *Die Gesamtdiagnose sollte einen Überblick über die körperlichen und emotionalen Zustände des Patienten und über seine Beziehungen zu sich selbst und anderen Menschen einschließlich des Arztes geben.* Damit erweitert Balint, so der Allgemeinarzt und Psychotherapeut Philipp Herzog [Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens; S. 245] das dyadische Beziehungskonzept um eine soziale Dimension. Im philosophischen Denken könnte eine Entsprechung gesehen werden auf dem *Weg vom Humanismus zum Strukturalismus*, doch davon später mehr.

Was ist der Fall?

Es bleibt zu betonen, dass die therapeutische Begegnung des Hausarztes mit seinem Patienten die Begegnung existierender Subjekte ist, welche in ein soziales Umfeld eingebettet sind. Mögliche Abstraktionen vom Einzelnen erstrecken sich auf die Wissenschaft von Krankheiten und auf Regeln und Bedingungen von Existenz. Die intersubjektive Wirklichkeit, was also ist und was wirkt, lässt sich

am ehesten an **Fällen** beschreiben. Der Bericht über einen Fall bringt den Arzt regelhaft in Schwierigkeiten mit seinem Gebot der Verschwiegenheit. Je präziser die je konkrete Situation um einem bestimmten Menschen und die Begegnung mit einem Arzt beschrieben wird, umso höher ist der mögliche Erkenntnisgewinn des Zuhörers durch Analogiebildung und durch Ergriffenwerden. Die Gefahr steigt aber, dass der Patient identifizierbar wird. So bleibt nur, weniger wichtige Sachverhalte wegzulassen und auch, sie für einen Bericht zu verfälschen. Daran würde auch die Zustimmung des einzelnen Betroffenen nichts ändern, denn durch die Darstellung der sozialen Situation sind oft auch das familiäre und/oder berufliche Umfeld mit identifizierbar, dessen Zustimmung unmöglich eingeholt werden kann.

In meiner Sprechstunde werden in der Regel die Termine von den Medizinischen Fachangestellten vereinbart. Problematische Lebenssituationen werden dabei von den Patienten in der Regel nicht als solche vorgetragen, so dass meistens 10-15 Minuten-Raster vereinbart werden. Andererseits müssen Gelegenheiten, in denen ein Mensch sich öffnet, oft sofort genutzt werden, da sonst die Türen emotionaler Abwehr wieder geschlossen werden könnten. Für den Arzt und seine Mitarbeiter kann so eine soziale Druck- und Stresssituation im Rahmen der Sprechstunde entstehen:

Die hochgewachsene, schlanke, sehr aparte Kinderkrankenschwester kenne ich bisher nur als Patientin, die wegen Rückenschmerzen Chirotherapie nachfragt. Nun wirkt sie sehr entschlossen, ihr Anliegen vollständig und ohne Beschönigung vorzutragen: Der Pflegedienst, in dem sie arbeitet, soll demnächst geschlossen werden und sie verliert ihren Arbeitsplatz. Darüber hinaus wurde ihr die Wohnung gekündigt, da der Vermieter das Haus von Grund auf sanieren will.

Mit ihrer Mutter hatte sie sich nie gut verstanden. Die war vor rund 10 Jahren verstorben. Den zweiten Mann ihrer Mutter nennt die Patientin Vater. Den leiblichen Vater nennt sie ihren Erzeuger, der nie etwas von ihr habe wissen wollen. Nun erkrankte dieser Stiefvater, der noch zwei weitere Töchter hat, mit einer lebensbedrohlichen bösartigen Erkrankung. Sein Sterben ist absehbar. Er wohnt mehrere Hundert Kilometer weg. Das Verhältnis zu den Halbschwestern ist nicht sonderlich gut, aber man kann miteinander sprechen und gemeinsame Konzepte finden. Ärztlich gesehen, ist die Situation des Stiefvaters palliativ. In dieser Situation kündigt ihr nun der Lebenspartner auch noch die Beziehung auf. Diese wird zwar als relativ distanziert beschrieben, eine wirkliche persönliche Intimität war nicht möglich, wohl aber gemeinsame kulturelle Unternehmungen und Reisen. In dieser mehrfachen Verlustsituation begann sie nun, Alkohol zu trinken. Inzwischen ist sie bei mehr als einer Flasche Wein abendlich angekommen, teilweise trinkt sie auch höherprozentige Alkoholika. Schon die Erkenntnis dieses Verhaltens löst große Ängste aus, ohne dass sie deshalb schafft, das Verhalten als solches zu korrigieren. Hinzu kommt, dass sie nun

schon zwei Mal bemerkt hat, dass sie mit dem Fahrrad in hohem Tempo über Kreuzungen fuhr, einen Unfall mit etwaigem Querverkehr bewusst riskiert. Neulich stellte sich sogar ein Gefühl des Bedauerns ein, dass nichts passiert war an der Kreuzung.

In dieser Geschichte, diesem Narrativ, stellt eine verzweifelte Frau eine mehrfache Entwurzelungssituation dar. Sie ist plötzlich aus ihrem Leben, aus ihren sozialen Bezügen gefallen. Ein mehrfacher Hilfeappell wird deutlich, wenn auch nicht explizit formuliert. Über die konkrete Situation hinaus erscheint einerseits eine Bedrohung durch Suizidalität und –längerfristig- eine solche durch den Alkoholkonsum erkennbar. Nun könnte der Arzt auf stationäre Behandlung wegen beider Gründe dringen. Oder welche andere Gesprächs- und Begegnungsrichtung wäre möglich? Kann „die Philosophie“ eine Hilfestellung liefern?

Besinnt man sich auch Heidegger und „Sein und Zeit“, dann wurde in der beschriebenen Situation der Patientin das „anonyme Man“ längst verlassen. Die Patientin hat das „Vorlaufen in den eigenen Tod“ vorweggenommen und das physische Ende des Selbst wurde als Möglichkeit in Betracht gezogen, vielleicht sogar, durchaus ambivalent, ersehnt. So berichtet die Patientin in dem Gespräch, sie habe ihre Beerdigung genau geplant und aufgeschrieben, wie sie ablaufen soll.

Spirituelle Fragen

Als ich mich für das Teilgebiet **Palliativmedizin** weiterbildete, war ich auch mit dem Aspekt der Spiritualität in der Medizin konfrontiert. Mir begegnete dort ein merkwürdiger Konsens, wonach Spiritualität erst zum Tragen komme, wenn die Palliativ-Situation eingetreten sei, ein auf Heilung zielender ärztlicher Ansatz also nicht mehr möglich sei. Die Erfahrung als Arzt sagte mir aber, dass Spiritualität, also das Nachdenken über das physische nicht mehr Sein, die Menschen immer schon begleitet, ja sogar Kinder beschäftigen sich damit. Der schon erwähnte Hermann Schmitz kritisiert, dass seit Aristoteles und Demokrit die Gefühle einer privaten Innenwelt mit dem Namen Psyche oder Seele zugeordnet seien. In ihr seien Entsprechungen zur äußeren Welt, über die die Innenwelt über die Sinnesorgane Botschaften bekomme, repräsentiert. Er selbst führt den **Begriff des Leibes** ein, was er definiert als, „was ich in der Gegend meines Körpers zu spüren bekomme ohne die Sinnesorgane zu Hilfe zu nehmen“. Gefühle sind seiner Beschreibung nach Atmosphären mit räumlicher Erglossenheit, denen aber kein messbarer Ort zugewiesen werden kann. Viele dieser Atmosphären ergreifen die anderen, wie das beim Stadionjubiläum der Fall sein kann oder bei einer Panik. Diese Art ergriffen zu werden nennt Schmitz solidarische Einleibung; von einer antagonistischen Einleibung spricht er bei einem sich Äußern mit der Absicht, jemanden mit seiner emotionalen Verfasstheit

ergriffen zu machen, ihn für sich und das eigene Anliegen zu gewinnen. Dies war meiner Patientin in jedem Fall gelungen. Sigmund Freud findet für den Vorgang, dass etwa die Patientin in der Beziehung zu mir ihre zurück liegenden Vater- und Mutterbeziehungsmuster nacharbeiten und neu überdenken möchte, den Begriff der Übertragung. Sollte die Patientin alte Beziehungsmuster- oder Konflikte bei mir in Gang setzen, wäre das eine Gegenübertragung.

In der geschilderten Gesprächssituation schien mir nun die Hauptbedrohung für die Patientin aus ihren vielfältigen Bezogenheitsverlusten zu entstehen. Ich versichere sie meiner Achtung und Wertschätzung und sage ihr, dass ich im Falle ihres Todes sehr um sie trauern würde. Ich frage sie danach, wie Perspektiven aussehen müssten, die sie im Leben halten könnten. Sie verneint zunächst die Denkbarekeit solcher Perspektiven, berichtet gleichzeitig aber, sie erfahre von Anderen, dass die auch sehr um sie trauern würden. An dieser Stelle geht die Gesprächsspannung deutlich zurück und wir können versuchen, Verhaltensvereinbarungen wegen des Alkohols und wegen der Suizidalität zu treffen.

Das Spannungsfeld aus der Welt epidemiologischer Studien, aus denen der Einzelne systematisch wegrandomisiert wird, einerseits und der Welt philosophischen Nachdenkens über das In-der-Welt-Sein und der konkreten Existenz des Einzelnen wurde schon angesprochen. Mit den so genannten harten Endpunkten der Studien verhält es sich ein bisschen so wie mit **Rosamunde Pilcher- Filmen**. Wie dort der Film endet, wenn das Paar „sich kriegt“, endet die Studie z. B. mit dem harten Endpunkt Herzinfarkt, Schlaganfall, Rückfall von Vorhofflimmern, kardialer Intervention oder ähnlichem. Im wahren Leben aber beginnt mit dem sich-kriegen erst der eigentliche angestrebte Zustand. Für den Hausarzt und seinen Patienten beginnt mit dem Studienendpunkt erst die Zeit der Angst, die Zeit des Sich-Kümmerns und der Verantwortung wegen einer dramatisch veränderten Risiko-Situation und damit die Zeit engerer Bezogenheit. Ein bisher unbekümmertes Leben steht plötzlich unter Vorbehalt und Bedrohung. Das 10-Jahres-Risiko eines erneuten kardiovaskulären Ereignisses ist plötzlich auf mehr als 50% angestiegen. **Beispiels-Folie**

Zurück zum Fall

In einer Situation, die für diese Patientin gekennzeichnet ist durch den Verlust der Berufstätigkeit, durch den Verlust der Wohnung und durch den drohenden Verlust des Vaters, kommt es nun darauf an, Bindungen herzustellen und zu erhalten, die sie zunächst im Leben belassen. In kurzen Abständen finden vier Gespräche zwischen 20 Minuten und einer Stunde statt. Das Typische der hausärztlichen Arbeit ist, was man z. B. in der Schmerztherapie ein multimodales Konzept nennt: Es geht wie gesagt

um eine emotionale Gebundenheit, die transportiert, dass dem Arzt dieses Schicksal nicht gleichgültig ist. Dabei können Perspektiven eröffnet werden, die aus bedrängender Enge herausführen könnten. Weiter geht es um soziale Absicherung. Dazu gehören die Bescheinigungen von Arbeitsunfähigkeit mit ihrem Übergang in das Krankengeld. Ferner gehört dazu, die Frage der Grenzen der eigenen Kompetenz und die der eigenen Belastbarkeit zu stellen. Wenn ich Ihnen jetzt mehrere solcher Behandlungsverläufe vorstelle, dann ist dabei klar, dass ich nicht nur diese wenigen, sondern rund 1400 Menschen in jedem Vierteljahr betreue. Die Intensität und Betreuungstiefe ist natürlich sehr unterschiedlich. Stößt der Hausarzt an Kompetenz- und Belastungsgrenzen, so steht er vor der Aufgabe, die eben hergestellte Sicherheitsbeziehung schon wieder in Frage zu stellen. Jede Überweisung oder stationäre Einweisung bedeutet auch ein Stück Wegschicken, eine partielle Beziehungskündigung. Um solche Kränkungen klein zu halten baut der Hausarzt ein Beziehungsnetz auf zu Kolleginnen und Kollegen, zu Institutionen, die er wertschätzt und in denen er selbst auch wertgeschätzt wird. So entsteht für den Patienten eine Art Geländer, entlang dessen der Patient in anderer Bereiche der gesundheitlichen Versorgung gelangen kann.

Worauf es mir ankommt ist, dass es –anders als in Studien- in der hausärztlichen Behandlung und Begleitung nicht DIESE eine Intervention mit JENEM Ergebnis gibt, sondern dass es multipel gebrochene, gleichzeitige oder sequenzielle Interventionen mit lauter fragmentierten Outcomes gibt, aus denen sich am Ende Bahnhöfe des Patientenwohls entwickeln. Im Falle dieser Patientin waren Themen, die Gefährdung durch Alkohol zu minimieren, zeitweise wurden neben den Gesprächen antidepressive Medikamente eingesetzt, eine ambulante Psychotherapie wurde angestrebt. Eingeleitet wurde diese Therapie durch einen Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik, erst voll- dann teilstationär. Inzwischen starb ihr Vater, begleitet z. T. von innerfamiliären Konflikten. Mit der Patientin wurde sowohl an der Wohnungsfrage und damit kontextualisierten Beziehungskonflikten gearbeitet wie an der Frage, ob und wie sie in ihren Beruf zurückkehren könnte. Da auf diesem Feld noch keine zufriedenstellenden Fortschritte erreicht wurden, erfolgte die Einleitung einer stationären medizinischen Rehabilitation. Die gesamte Behandlung dauert nun seit November 2016, was Geduld, einen langen Atem und das Aufrechterhalten von Zuwendungsbereitschaft und Zuversicht beinhaltet.

Eine zweite **Patientin teilt ein ähnliches Schicksal**. Folie. Ein paar Jahre älter verlor auch sie den Partner und die Wohnung, beides wurde durch den bisherigen Partner aufgekündigt. Auslöser war hier nun zusätzlich eine lebensbedrohliche Erkrankung aus dem Formenkreis Leukämie. Der seitherige Partner hatte seine erste Frau schon durch eine Krebserkrankung verloren, er könne das nicht noch einmal mitmachen. Unglücklicherweise trat hier die Erkrankung mitten in einem Wechsel der beruflichen Beschäftigung auf, so dass die Patientin die neue Stelle nicht antreten konnte. Sie

geriet im Verlauf dadurch nicht nur in persönliche Krisen sondern in essentielle wirtschaftliche Not, ja, ihr Krankenversicherungsschutz drohte verloren zu gehen. In der Verzweiflung kam es zu einer einem Autounfall unter nicht ganz klärbaren Umständen. Zeitweise standen sogar strafrechtliche Konsequenzen wegen Herbeiführung eines Unfalls zu befürchten.

In solchen Begleitungssituationen, bei denen all die oben schon geschilderten Interventionswege beschritten werden müssen, ist der Hausarzt mit seiner Beziehungskraft, mit seinen ärztlichen Kenntnissen, mit seinen sonstigen intellektuellen Fähigkeiten, mit seinen professionellen Netzwerken und seinen diplomatischen Kräften gefragt. Das Ziel ist am Ende ja, dass der Patient im Ausklingen solche Episoden seinen Patientenstatus wieder verliert, wieder für sich selbst Sorge tragen kann und sich vom Arzt auch wieder emanzipiert. Dieser Prozess ist oft auch mit einer gewissen Trauerarbeit auf beiden Seiten verbunden. Folie

Humanität, Strukturalismus, der Andere, der Fremde

In der Begleitung seiner Patienten, die ihm als je Anderer, Fremder begegnen, ist der Hausarzt in deren existentielles In-der-Welt-Sein eingewoben. Es war wohl vor allem J. P. Sartre, der in Frage stellte, ob der Mensch von Ideen, wie Platon das formulierte, geleitet und determiniert sei. Leitender Gedanke war, die Essenz, der ideelle Entwurf gehe der Existenz voraus. Sartre dreht das um und meint, die Essenz lasse sich erst aus der tatsächlichen Existenz ableiten. So wird der zweite Hauptsatz einer Philosophie der Existenz verständlich, wonach der Mensch sei, was er aus sich selbst macht. Über Heideggers „Geworfen sein“ des Menschen hinaus, müsse er sich selbst entwerfen, aus sich heraus und aus sich selbst das Beste machen. Sartre war deutlich, dass aus dieser Verantwortlichkeit für sich selbst und für die Welt *Angst* resultieren musste. Die Frage eines evtl. tröstenden Gottes, auf den vertraut werden kann, ist hier gestellt. Wie ich verstanden habe, kritisiert Heidegger wiederum Sartre in der Weise, als der Mensch nicht als Machthaber des Seins sondern als dessen *Hirte* gesehen werden müsse. In Sartres Philosophie habe –so Heidegger- das Geschichtliche, das Zeitliche, das unvorhersehbare Ereignis keinen Platz.

Diesen humanistischen Gedanken aus der Mitte des 20. Jahrhunderts schließt sich nun eine große Gedankenwelt des Ethnologen und Sozialwissenschaftlers Claude Levi-Strauss unter der Bezeichnung **Strukturalismus** an. In seinem 1964-1971 erschienenen Werk *Mythologica* zeigt Levi-Strauss, dass in nahezu allen Kulturen der Welt mythische Erzählungen in vergleichbarer Form vorhanden sind. Der Begriff Strukturalismus ergibt sich daraus, dass überall vergleichbare Strukturen Lebensregeln und Mythen der Völker bestimmen. Levi-Strauss stellt nun die Mächtigkeit des handelnden Subjektes insoweit in Frage als das Subjekt nur innerhalb vorab existierender Strukturen handeln kann, ja diesen Strukturen durch Sprechen und Denken und in unbewusste Wünschen und Bedürfnissen

unterworfen ist. Mit dem Strukturalismus wurden Hybris und Überlegenheitsgefühle europäisch-historischer oder ethnischer Zuschreibungen in Frage gestellt. Momentan erleben wir wohl eine Widerkehr solcher ethnisch-rassistischer Gedanken. Im Verlauf gab es –wie immer- auch wieder Kritik am Levi-Strauss' Strukturalismus, was aus den schnell und umfassend entstandenen Strukturalisten dann Post-Strukturalisten werden ließ.

Für mich als Hausarzt in der Begegnung mit meinen Patienten bleibt dabei aber, dass sie handelnde, denkende und sprechende, planende und etwas intendierende Subjekte sind. Subjekte allerdings mit einer Geschichte, in die oft meine eigene Geschichte verwoben ist. Verwoben in dem Sinne, dass es auch eine Beziehungsgeschichte gibt. Die allgemeinärztliche Fachsprache bezeichnet das als „erlebte Anamnese“. In das ruhige Dahinwähren dieser Beziehungsmuster bricht nun häufig im ärztlichen Kontext das plötzliche oder auch das kaum merkliche Ereignis ein, welches das Dasein verändert. Hier werden die Zuordnungen zu subjektivem Handeln und andererseits pathischem Erdulden als Objekt fließend. Auch die Ereignisse finden innerhalb breiter vorgegebener Strukturen statt. Die Strukturen sind sozialer Art, wie sie das Zusammenleben in einem Dorf oder einem Stadtteil kennzeichnen, in der Familie, aber auch in tradierten Rollen, Mythen, internalisierten Überzeugungen, welche das Leben und Entscheidungen, Wahlvorgänge bestimmen, mindestens beeinflussen.

Vermutlich schaffen diese strukturellen Gegebenheiten und der sichere Umgang mit ihnen ein Stück Sicherheit und sind so ein wichtiger Bestandteil dessen, was sich mit dem Begriff „**Heimat**“ verbindet. Umgekehrt vergrößert das Verlorengehen dieser Strukturen die Angst, welche nach Sartre mit der Selbstverantwortlichkeit und Selbstmächtigkeit einhergeht.

In all den philosophischen Gedanken und Entwicklungen habe ich nichts oder wenig zur **Rolle von Therapeuten** gefunden. In aller Regel wird von voll funktionsfähigen, körperlich, geistig und emotional kompetenten Subjekten ausgegangen. Der Arzt aber hat mit Menschen zu tun, die –wie er selbst möglicherweise auch- den Ereignissen nicht eine volle Leistungskraft des idealisierten Menschen entgegen stellen können. So verschieden das Ereignis in Qualität und Intensität sein mag, so verschieden sind Reaktionen, Ressourcen, Lebensresistenzen –Resilienz- des je Betroffenen. Wieder verschieden ist der therapeutisch einbezogene Arzt, sind Form und Intensität der eingeforderten Unterstützung. In der Evidenz epidemiologischer Studien nachgewiesene Wirksamkeit eingesetzter Verfahren oder Medikamente muss verknüpft werden mit individualisiertem Sorgen in vorgefundenen Bedürfnislagen und Strukturen, auch gestuft nach ärztlichem Leistungsvermögen und Zuwendungsbereitschaft. So ergeben sich die bereits angesprochenen fragmentierten Klein-outcomes des Patienten auf körperlicher, emotionaler,

sozialer Ebene, jeweils mit historischen Bezügen aus Vergangenheit, Gegenwart und intendierte Zukunft.

Hiezu stelle ich drei Patientengeschichten vor, welche als gemeinsames Merkmal aufweisen, dass – als Ereignis- bei ihnen eines Tages verminderte Blutplättchen, Thrombozyten auffielen. Mit dem Hereinbrechen des Plötzlichen in das Dahinwährend des Seins seiner Patienten ist der Hausarzt auf völlig unterschiedliche Weise konfrontiert: Der plötzliche unerträgliche Schmerz eines Infarktes oder einer Harnleiterkolik gehört zum Alltag wie die unerklärte Gewichtsabnahme oder der anhaltende Husten. Zuweilen, wie bei diesen drei Patienten, geht es beim Dahinwähren des Lebens um ganz andere Fragen und dem Arzt fällt zuerst auf, dass etwas anders geworden ist, das **etwas „der Fall sein könnte“**. Wenn dem Arzt etwas auffällt, das der Patient –der in diesem Fall ja noch gar keiner ist- noch nicht gemerkt hat, bedarf es besonderen Fingerspitzengefühls und viel Vertrauens, wenn der Arzt nun diagnostische Schritte vorschlägt. Meinen drei Patienten aus dem Jahr 2016 gemeinsam war eine Verminderung von Blutzellen, zunächst einer einzelnen Zellreihe, dann aller Reihen der roten und weißen Blutbildung und eben der der Blutplättchen. Die Folien geben den diagnostischen Prozess, die ganz unterschiedliche nosologische Zuordnung und das am Ende sehr unterschiedliche Lebens- und Therapieergebnis wieder.

Folien

Linguistische Aspekte

Einen letzten Gedankenbogen zwischen Philosophie und Medizin lassen sie mich vielleicht noch schlagen. Seit wenigsten 100 Jahren beschäftigten sich eine ganze Reihe von Philosophen mit der Bedeutung der Sprache für das Denken und die Auseinandersetzung mit der Realität. Gustav Bergmann, Mathematiker, Philosoph, promovierter Jurist, zeitweise Assistent Albert Einsteins prägte den Begriff des „linguistic turns“, der Hinwendung von Philosophie, Sozialwissenschaften und Literatur, natürlich der Sprachwissenschaft selbst auf Bedeutung und Struktur der Sprache. Hans-Georg Gadamer führt in seinem Werk „Wahrheit und Methode“ vorgedachte Überlegungen zur Hermeneutik weiter. Diese ist, seinen Gedanken nach, in dem Sinne ganzheitlich, holistisch als wir Teile einer Rede, eines Textes, auch einer Patientenschilderung nicht recht verstehen, wenn wir nicht versuchsweise auf ein Verständnis des Ganzen vorgreifen und uns so in einem *hermeneutischen Zirkel* bewegen. Gadamer beschreibt vier Momente des *Verstehens*. [nach Gamm s. 213]

- Das Verstehen als kognitiver Vorgang. Wir verstehen etwas, wenn wir Kenntnis davon haben, die Dinge für uns einsichtig sind.

- Das zweite Moment orientiert sich am praktischen Können. Jemand **versteht sich auf etwas**, z. B. einen entzündeten Wurmfortsatz zu entfernen, sich aufs Operieren verstehen
- Das dritte Moment kennzeichnet ein Verstehen, Vorwegahnen komplexer systemischer Zusammenhänge, wie z. B. das Fußballspiel. Vom momentanen Fußballbundestrainer Jogi Löw heißt es, er könne besonders gut ein Fußballspiel „lesen“. Laufwege der Mitspieler sind von guten Spielern vorauszuahnen.
- Das vierte Moment schließlich kennzeichnet ein Verstehen im Sinne des Sich-Verständigens. „Sich-Verstehen“ in diesem Sinne, laut dem schon zitierten G. Gamm, bedeutet sich im kommunikativen Mit- und Gegeneinander zu verständigen, sich selbst und das Gegenüber schrittweise zu verstehen, ja, zu erkennen.

Schon Enid Balint beschrieb plötzliche, besonders gelungene, heilsame Begegnungen zwischen Patient und Arzt als Momente, in denen der Patient sich plötzlich und umfassend verstanden fühlte. Balint beschreibt den Versuch, solche Momente zu schaffen als „flash-Technik“. In der Fachdefinition der Allgemeinmedizin heißt es: *Bei der Interpretation von Symptomen und Befunden ist es von besonderer Bedeutung, den Patienten, sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte zu würdigen (hermeneutisches Fallverständnis).*

Was die verfassenden Ärzte hier zu ahnen scheinen, ist, dass die Äußerungen von Patienten, ihr Erscheinungsbild, ihre Körpersprache, ihr Dialog mit dem Untersucher breiten Raum der Auslegung und der Deutung lässt, aus dem sich erst –im beschriebenen Vorgehen eines hermeneutischen Zirkels- so etwas wie Wirklichkeit erschließen lässt. Die v. Uexküll' sche Akademie für Integrierte Medizin, deren Mitglieder immer wieder bemüht sind, den Dualismus aus Körper und Seele mindestens zu verstreichen, sprechen von der Bedeutung ausgetauschter Zeichen und benennen die Lehre von den Zeichen, die Semiotik als ein Herzstück ihres Konzeptes. Eine ihrer Tagungen der letzten Jahre im Februar 2014 in Hamburg trug die Überschrift: „Die körperliche Untersuchung als Dialog“. Diese vielfältigen Beziehungen weisen auf eine komplexe wechselseitige, wenn auch nicht immer allen bewusste Befruchtung aus Medizin und Philosophie hin. Immer bedeutsamer wird dabei, auf den Umgang mit dem Anderen, dem Fremden achtsam zu sein, wie er sich aus dem Denken etwa eines Emanuel Levinas ergibt.

So komme ich als letztem Gedanken auf den Umgang mit dem Anderen, dem Fremden. Klaus Dörners Buch „Der gute Arzt“ (2002 erschienen), das sich eindringlich auf Gedanken Emanuel Levinas beruft, war für mich persönlich der Einstieg, mich mehr mit ärztlich-philosophischen Fragen zu beschäftigen. Die letzten Jahre, besonders auch 2017, liefern in solchem Maß andrängende

Probleme, die sich aus dem Umgang mit dem Fremden ergeben, dass einige Gedanken erlaubt sein sollen. Levinas versucht, ein Denken zu überwinden, welches das Fremde sich entweder anzueignen versucht oder es abzuwerten und als bedrohlich, krank oder unmenschlich verfügbar zu machen. Leider scheint eine mächtige Renaissance dieses Denkens aufzutauchen. Levinas sucht dagegen in der Metapher des „ungeschützten, offenen Antlitzes die zu achtende Würde des Anderen festzumachen. Das Antlitz präsentiere sich in einer Blöße und Ungeschütztheit, die mich entwaffnet, mit einem „Blick, der mir alle Eroberung untersagt“. Dieser Blick nimmt das Selbst gegenüber in Verantwortung und raubt ihm seine Freiheit im Sinne seiner Verfügung über seine Intentionen und Entschlüsse. Ähnliches Erleben in der täglichen Praxis hatte ich hier schon einmal geschildert, als es um Begriffe von Freiheit in der hausärztlichen Praxis ging. Bis in das kleine Dorf ist der Arzt konfrontiert mit Fremdheit, fremden Sprachen, fremder Haut, fremdem Aussehen, fremdem Denken und Fühlen, fremden Geschichten, Umgehensweisen, fremden Krankheiten. Sie fordern vom Arzt das beschriebene Sich-Enthalten von Bemächtigung, die Achtung vor dem und die Liebe zum Fremden sowohl in der unmittelbaren Begegnung als auch im gesellschaftlichen, im gesundheitsstrukturellen Sein.

Auch Levinas übersteigt letztlich das Denken über den konkreten singulären Anderen, indem er zum Dritten kommt, zu den Anderen in Form von Öffentlichkeit, Ökonomie, Politik, die Nächsten bzw. alle Anderen.

Mehr als noch im ausgehenden letzten Jahrhundert müssen wir erleben, dass der dem ungeschützten Antlitz des Anderen zugeschriebene Appell „Du darfst nicht töten“ missachtet und übergangen wird und dass eine Ethik, die den Anderen achtet und eigene aggressive Handlungsimpulse lähmt, erst wieder neu belebt werden muss.