

Überlegungen zu einer personalen Medizin

GERNOT RÜTER

Einleitung

Der Begriff einer personalen Medizin wurde wohl zuerst von dem Schweizer Hausarzt Paul Tournier in „*medicine de la personne*“ erwähnt [1]. Dieses Werk ist mit seiner stark christlich-religiösen Ausrichtung heute nur noch schwer lesbar, schlägt aber dennoch eine Brücke in das ausgehende 20. Jahrhundert. Die ausgeweiteten medizinischen Möglichkeiten machen einen neuen Blick auf die Personen als Ganzes, die des Patienten wie des Arztes, unabweisbar. Das betrifft nicht nur die Medizin am Beginn des Lebens mit Fragen um Perinatalogie, Reproduktionsmedizin oder Stammzellenforschung und die schwierigen Fragen um ärztliches Handeln am Ende des Lebens. Die Medizin kann inzwischen auch massiv und mit Auswirkung auf das ganze personale Dasein in die Verläufe von Leben eingreifen. Das wirkt sich nicht nur auf die hoch spezialisierte Klinikmedizin sondern zunehmend auch auf die Tätigkeit des Hausarztes aus. So erscheint es nötig, dass praktizierende Ärzte sich mit philosophischer Grundierung als Raster und Orientierungssystem beschäftigen und dass ein Nachdenken über das Dasein und über die Welt erfolgt.

Was wollen wir unter einer Person verstehen?. Thomas Fuchs, Philosoph, Arzt, Psychiater schreibt [2]: „*Nicht Neuronenverbände, nicht Gehirne, sondern nur Personen fühlen, denken, nehmen wahr und handeln. (...) Was eine Person wesentlich ausmacht, ist ihr Sein-in-Beziehungen, und diese intentionalen und sozialen Beziehungen zur Welt sind weder Erzeugnisse der Gehirns, noch in ihm aufzufinden. (...) Person ist nicht ein Teil des Körpers, sondern immer die leib-seelische Einheit, der lebendige Mensch. Personen haben Gehirne, sie sind sie nicht.*“

Einen anderen, erweiterten Personenbegriff liefert der (emeritierte) Kieler Ordinarius für Philosophie Hermann Schmitz: Eine Person ist demnach durch das Bewusstsein leiblicher affektiver Betroffenheit gekennzeichnet. Wenn Ihnen heiß oder kalt ist, Sie in Panik kommen, wissen Sie durch die eigenleibliche Wahrnehmung, dass Sie es sind, der diese Gefühle hat. Diese Gefühle sind für Sie eine subjektive Tatsache. Dieses Betroffen-sein nennt

Schmitz die primitive Gegenwart. Was eine Person erst ausmacht, ist darüber hinaus ihre Fähigkeit, sich selbst als einen Fall einer oder mehrerer Gattungen zu beschreiben. Sie können eine Frau sein, Hausmeister, evangelischer Christ etc., die Gattungsbegriffe sind unendlich. Als Fall einer Gattung sind Sie einzeln. Einzelfall ist ein Element einer Menge, deren Elemente so sind, dass sie um eins vermehrt werden können. Auf dieser Betrachtungsebene lassen sich objektive Tatsachen feststellen, welche auch andere aussagen können. Hier sind Sie im Status **entfalteter Gegenwart**. Im Gegensatz dazu sind Sie im Status heftiger affektiver Betroffenheit, also im Status **primitiver Gegenwart**, verschieden von allen anderen sonst. **Das integrative Spannungsfeld aus primitiver und entfalteter Gegenwart, aus Verschiedenheit und Einzelheit, aus Betroffen-sein und Fall einer Gattung sein, macht die Gesamtheit einer Person aus.** [3]

Patienten-Arzt-Begegnung, ein komplexes Feld

Die vorherrschende szientistische Betrachtungsweise interessiert sich für klare Ursache- Wirkungsbeziehungen und benötigt für entsprechende Nachweise ein eher reduktionistisch-experimentelles Feld. Aber schon bei der Begegnung von nur zwei Personen als kompletten Lebewesen in ihren jeweiligen Welten tragen solche einfachen Muster nicht mehr. Nimmt man nun die professionelle Umgebung und das historische Geworden-Sein des Arztes hinzu und ebenso die Historie des Patienten samt seiner beruflichen, familiären und privaten Kontexte, so wird klar, dass die Begegnung sich in extrem komplexen Systemdimensionen vollzieht. Dass in diesen Interaktionen in der Regel etwas Vernünftiges herauskommt, ist wohl systemischen Ordnungskräften zu verdanken, die mit Lernprozessen und verinnerlichten Traditionen zu tun haben und so die möglichen Freiheitsgrade des Handelns beschränken. Sie wurden in den Strukturalismusdebatten des 20. Jahrhundert beleuchtet.

Jede Begegnung zwischen Menschen ist mit Gefühlen verknüpft. Michael Balint arbeitete in Gruppen mit Hausärzten an der Tavistock-Klinik in London nachhaltig darauf hin, die Bedeutung der im Arzt entstehenden Gefühle diagnostisch und therapeutisch zu nutzen. Die später nach ihm benannten Gruppen arbeiten so, dass eine Ärztin, ein Arzt über einen Patienten und die Begegnung mit ihm berichtet. Dieser Bericht soll frei aus der Erinnerung erfolgen ohne schriftliche Gedächtnisstützen. Die Gruppenmitglieder stellen im Anschluss daran den anderen die bei sich selbst anlässlich der Fallschilderung wahrgenommenen Gefühle, durchaus auch als Körpersensationen empfunden, zur Verfügung. Die emotionale Resonanz mit einer Anzahl Professioneller und der reflektierende Austausch darüber schaffen eine neue Wirklichkeit. Real ist, was in der Gruppe erkennbar und lebendig wird, was als Phänomen erscheint. Diese Arbeit psychologisiert nicht, sondern sammelt über eine Vielzahl von Resonanzen in einem ausreichenden Zeitrahmen Hinweise auf eine neue Wirklichkeit des Patienten und seines Arztes. Dadurch können neue Sichtweisen, Erlebensweisen und Zugangsmöglichkeiten erschlossen werden, die dann Eingang in die folgenden Begegnungen zwischen Patient und Arzt finden [4]

Michael Balints Arbeit wird durch aktuelle Erkenntnisse der Neurophysiologie eindrücklich gestützt, wie sie etwa Antonio Damasio beschreibt. Dabei kann Gefühlen sehr summarisch die biologische Funktion zugeschrieben werden, das Überleben des Individuums und – über so genannte soziale Gefühle – das der Gruppe zu sichern [5]

Phänomene

Hermann Schmitz nannte seinen Ansatz „Neue Phänomenologie“ Dabei greift er in der herkömmlichen Wissenschaft meist unberücksichtigte Phänomene der Lebenswelt auf: Atmosphäre, Wetter, Stille, die Gefühle, ganzheitliche Situationen. Als Ort der Wahrnehmung führt er den Leib wieder ein, der nicht in Körper und Seele gespalten, sondern ganzheitlich erlebt wird. Damit verknüpft ist die leibliche Kommunikation zwischen Personen. Es geht dabei um Räume, die nicht physikalisch determiniert sind, sondern Räume des Hörens, des Fühlens oder wieder solche des Leibes sind. Von grundlegender Bedeutung für die Wahrnehmung und Realisierung dieser Phänomene ist das Subjekt. Schmitz löst sich von dem Gedanken, Fakten müssten objektiv sein. Als Gegenstand der etablierten Wissenschaft kommen als Fakten überhaupt nur solche in Betrachtung, die objektiviert werden können. Sie gehören der Sphäre der entfalteten Gegenwart an, in der Untersuchungsgegenstände um Eins vermehrbare Elemente einer Menge sind. Nur solche Gegenstände erlauben Vergleiche, randomisierte Studien, Leitlinien, Prognosen, Zukunftsplanungen.

Der praktisch tätige und dem Patienten als einem anderen Subjekt gegenüber tretende Arzt ist nun dauernd dem Wechseln, dem Mäandern zwischen Subjektivität und dem Drang zur Objek-

tivierung ausgesetzt. Auch Patienten schildern häufig nicht mehr ihre subjektiven leiblichen Wahrnehmungen, wie etwa: „Ich spüre ziehende und krampfartige Schmerzen in der linken Bauch- und Rückenseite“, sondern sie machen sich selbst zum Objekt und sagen: „Meine linke Niere schmerzt“ oder kommen schon mit Schlussfolgerungen: „Ich glaube, ich muss in die Röhre“.

Das Primäre wäre eigentlich der Kontakt zwischen zwei Personen, die einander in einem intersubjektiven Raum begegnen. Der Raum ist schon vorstrukturiert durch Traditionen, durch kulturelle Historien, durch Erziehung und durch ein komplexes Setting. Die eine Person wurde durch Bedeutungserteilungen leiblicher Wahrnehmungen und durch schon stattgehabte Lösungsversuche zum Patienten. Sie hat sich aus diesen Vorgängen entschlossen, professionellen ärztlichen Rat zu suchen. Die Begegnung findet im interpersonalen Beziehungsraum statt. Der Arzt als die andere Person versucht nun, die geschilderten und patientensubjektiv wahrgenommenen Phänomene zu ergänzen durch Untersuchungen. Die körperliche Untersuchung hat immer einen intersubjektiven Aspekt und einen objektivierenden Aspekt. Im ersteren lässt die Person Patient Kontakt, Berührung und Nähe zu, die Person Arzt drückt Achtung, Respekt und Vorsicht aus, lotet in der leiblichen Kommunikation aus, was angemessen ist.

Im objektivierenden Aspekt werden visuelle Veränderungen, Hauttemperatur, Infiltration, Konsistenzen, evtl. Abwehrreaktionen oder Geräusche, wie in der Perkussion oder der Auskultation, wahrgenommen. Insgesamt hat auch die **sinnliche Wahrnehmung** wieder intersubjektive (z. B. aversive Gerüche) und objektivierende Aspekte. Die sinnliche Wahrnehmung des Arztes wird erweitert durch technische Untersuchungen wie Labor, Stromaufzeichnungen oder Bildgebungen, die aber letztlich nur das Auflösungsvermögen der Wahrnehmung steigern.

Die Einordnung der subjektiv geschilderten Phänomene und der Wahrnehmungen des Arztes mit subjektivem und verobjektivierendem Charakter schließlich dienen dem Versuch, eine **überindividuelle Einordnung** der Wahrnehmungen zu ermöglichen. [7] Auch hier wieder begegnet uns das antreibende Spannungsfeld zwischen primitiver und entfalteter Gegenwart.

Die medizinische Empirie hat eine große Zahl von Krankheiten mit wiederkehrenden Gesetzmäßigkeiten erkennen lassen. Sie werden beschrieben in Ätiologie, Pathogenese, Symptomatologie, Prognose und möglicher therapeutischer Beeinflussbarkeit. Letztere ist besonders der Gegenstand epidemiologischer Forschung mit dem Ziel, äußere Evidenz für diese oder jene Intervention zu schaffen. Mit einer gewissen statistischen Sicherheit kann für eine bestimmte Population und unter bestimmten Voraussetzungen (Ein- und Ausschlusskriterien von Studien) eine Vorhersage über den Verlauf getroffen werden.

Empfehlungen und Lehrmeinungen medizinischer Eminenzen wurden, wo entsprechende Daten verfügbar sind oder geschaffen wurden, abgelöst und korrigiert von Ergebnissen ausreichend großer Studien unterschiedlicher Designs. Ebenso wurde die Beeinflussung klinischer Kenngrößen wo möglich durch das Eintre-

ten oder Nichteintreten so genannter harter Endpunkte abgelöst. Dadurch ist das ärztliche Handeln sicherlich auf eine deutlich rationalere Basis gestellt worden und Studien haben manche Vorstellungen über die Wirksamkeit etablierter Interventionen ins Wanken gebracht oder neue etabliert.

Geht es nur um Evidenz?

Gleichzeitig aber entstanden aus der praktischen Medizin Gegenbewegungen gegen eine reine Evidenzbasierung ärztlichen Handelns. [8] In der täglichen Patientenversorgung wird typischerweise ein individueller Patient von einem individuellen Arzt behandelt. Dabei geht es nicht nur um die Frage medikamentöser oder anderer interventioneller Therapien, sondern ebenso um **existenzielle Fragen der Lebensgestaltung beim jeweiligen Patienten**. Wie gestaltet er seine Ernährung, wie übt er seinen Körper, welche Rolle spielen Sport und Training, machen Konflikte am Arbeitsplatz, Bedrohung durch Arbeitslosigkeit oder Überschuldung ihn krank, wie geht er mit Konflikten in seiner Familie um, wie wirken sich Beziehungs- und Erziehungsstress aus?

Und umgekehrt: welche Auswirkungen haben Krankheiten auf die jeweilige Lebenssituation, wie können Leben, Kranksein und Gesunden miteinander verknüpft werden?

Die Philosophie der **Lebenskunst** wendet sich seit antiker Zeit und wiederbelebt im 19. und 20. Jahrhundert diesen Fragen zu. Sie geht von der Vorstellung aus, dass das Individuum durch Selbstmächtigkeit in gewissem Maße **zur Formung der eigenen Existenz** fähig sei. Dabei entsteht nun die Frage, ob die einzelnen Menschen wirklich so fähig sind, eine Auswahl aus Lebensmöglichkeiten zu treffen und diese zu leben. Vor allem drängt sich die Frage auf, welche Bedeutung einem Arzt zukäme, der die Menschen auf diesem Weg und bei ihren Entscheidungs- und Übungsschritten begleiten sollte.

Auch international wurde die Notwendigkeit erkannt, sich mit den Bedingungen einer Medizin zwischen handelnden Personen zu beschäftigen. Ein „International Network of Person Centered Medicine“ wurde gegründet und bringt seit 2011 eine eigene Zeitschrift heraus. Die Gründungsausgabe der Zeitschrift hebt die wachsende Bedeutung einer personenzentrierten Medizin (PCM) hervor. Es heißt dort (übersetzt) *„Wenn auch Wissenschaftlichkeit, Ethik und Fürsorglichkeit die andauernden Traditionen der ärztlichen Profession ausmachen, so ist es doch die personenzentrierte Medizin, die in ihrer Ausrichtung auf die ganze Person und auf die biologischen, psychologischen, sozialen und spirituellen Aspekte von Gesundheit diese Einzelkomponenten zusammenführt.“* [9]

Andrew Miles, Herausgeber des „International Journal of Person Centered Medicine“, ist Professor für Klinische Epidemiologie und Sozialmedizin der Buckingham-University London. Er beschreibt die dringende Notwendigkeit, sich intensiver der Personenzentrierung praktischer Medizin zu verschreiben, wenn Medizin sich aufmache, *„to regain many of the fundamental characteristics of humanity and professionalism that it has progressively*

lost over a century of empiricism, scientism and technocratic reductionism in health care“ [9].

Lebenskunsttherapie

Als praktisch tätigen Hausarzt haben mir philosophische Grundkonzepte geholfen, mein Denken und Handeln zu verorten. Sie gehen davon aus, dass das handelnde Selbst in seinen Lebensentscheidungen immer wieder eine Auswahl aus Möglichkeiten treffen kann und muss. Hat das Selbst eine Entscheidung getroffen, so wird es sich im Gewählten üben müssen, um sich darin zu vervollkommen. Es bedeutet Anstrengung und Verzicht, das ungelebt zu lassen, wofür man sich nicht entschieden hat, wenn auch neue Lebenssituationen immer wieder neue Möglichkeiten und Entscheidungsschritte entstehen lassen.

Dimensionen von Lebenskunst und ihrer ärztlichen Unterstützung

Vielleicht wird deutlicher, welche Aspekte ich meine, wenn mögliche Dimensionen hausärztlicher Lebenskunstunterstützung aufgelistet werden:

Felder für möglichen Unterstützungsbedarf bei der Lebensgestaltung

- ◆ Selbstwert
 - Selbstachtung
 - Selbstmächtigkeit
 - Hermeneutik des Selbst (=Deuten und Interpretieren des Selbst)
- ◆ Beruf/Erwerbstätigkeit
 - Schule/Lehre/Studium
 - Berufsfindung
 - Berufsausübung
 - Einübung zur Könnerschaft
- ◆ Körperlichkeit
 - Körpersorge-/pflege; Hygiene
 - Fitness
 - Diät
 - Berührung/Sinnlichkeit/Sexualität
 - Süchte
 - Umgang mit Medikation
 - Umgang mit Unzulänglichkeiten von Körper, Geist und Seele (Enhancement)
- ◆ Charakter; Haltung
 - Umgang mit Schmerz
 - Trauer/Melancholie/Depression
 - Fröhlichkeit, Lebensfreude; Planung; Entwürfe
- ◆ Kognition
 - Denken
 - Lesen

- Schreiben
- Träumen
- ◆ Das Thema der Sterblichkeit
 - Umgang mit Leiden, Sterben, Angst und Tod
- ◆ Sein mit dem Anderen
 - Freiheit und Bindung
 - Aspekte des Liebens
 - Kinder und Erziehung
 - Eltern, Geschwister, Freunde
 - Pflege

Betrachtet man diese Liste, so wird sofort deutlich,

- ◆ dass ärztliche Unterstützung bei diesen Themen nur in personaler Begegnung möglich ist, die nicht nur Teilaspekte der Körperlichkeit betreffen kann. Auch hier ist überall das Spannungsfeld aus subjektiver Betroffenheit und objektivierender Distanzierung erkennbar. Das oben angesprochene „Mäandern“ zwischen den Seinspolen gilt für beide einander Begegnenden.
- ◆ dass es vielleicht eine künftige Evidenz für Art und Tiefe solcher Unterstützungen nur im Grundsätzlichen, in der Haltung, in Gesetzmäßigkeiten intersubjektiven Austausches geben kann
- ◆ dass der Arzt in dieser Unterstützung für Teilaspekte zur Verfügung stehen sollte, sich aber auch begrenzen muss, weil alles andere eine **grenzenlose Überforderung** darstellen würde.

Wenn dem handelnden Selbst die Selbstformung in der geschilderten Weise gelingt – das sei betont –, braucht es keinen Arzt. Im Gegenteil, das Individuum wird ausgeglichen, gelassen und mit epikureischer *Ataraxie* (*gelassen, lustvoll*) seinen Lebensweg gehen. Der Arzt kommt allenfalls dann ins Spiel, wenn das Leben nicht wie gewünscht gelingt.

Salutogenese

Bei dem von Aaron Antonovsky geprägten Begriff geht es darum, dass manche Menschen trotz widrigster Umstände und schweren Erkrankungen **nicht ihr ganzes Selbst von Kranksein erfüllen lassen**. Inwieweit der Arzt dieses Vermögen unterstützen kann, scheint allerdings nicht ganz klar. Es würde darum gehen, die gesunden und verfügbaren Anteile des Selbst so zu stärken, dass sie die Oberhand behalten. Krank und gesund werden dabei nicht als einander ausschließende Gegensätze gesehen, sondern als Pole eines Kontinuums. Keine Person ist nur krank oder nur gesund, beides ist immer vorhanden. Die Kräfte sind zu stärken, die selbstbestimmte Lebendigkeit noch ermöglichen. Dazu bedarf es geänderter Standpunkte und geänderter Blickwinkel, Perspektiven und Programme, die in einem **Bilanzierungsdialog** mit dem Patienten erarbeitet werden können. Das beschrieb die Arbeitsgruppe um Bahrs und Mathiessen. [10]

Resonanz

Auch Begriffe wie Resonanz und Ergriffenheit kennzeichnen eine personale Beziehung als tragendes Element einer ärztlichen Haltung. Am ehesten könnte man Resonanz in diesem Zusammenhang beschreiben als ein sich öffnen für den anderen, auf ihn zuzugehen, mit ihm schwingen in Autonomie und gleichzeitiger Bezogenheit. Spätestens seit der Beschreibung so genannter Spiegelneurone durch Rizzolatti, Gallese et al [11] sind auch neurophysiologische Grundlagen dieser interpersonalen Beziehungen beschrieben. Dem zirkulären, mit schwingenden Charakter dieser Neurone würde vielleicht der Name **Resonanzneurone** eher gerecht als die Bezeichnung als Spiegelneurone aus der Originalpublikation. Thomas Fuchs geht in seinem schon erwähnten Buch ebenfalls auf das Resonanzphänomen durch neuronale Verknüpfungen ein und schreibt: „*Das System stellt eine Resonanz zwischen homologen Körperpartien von Selbst und Anderen her. Es ermöglicht zudem die intermodale Verknüpfung von visueller Wahrnehmung, motorischem Körperschema und Propriozeption*“ ([2] S. 199) Darüber hinaus und durch die enge Verknüpfung von Körperlichkeit und Gefühlen komme es auch zu emotionalen Resonanzen. Lachen und Weinen, Ausgelassenheit und Trauer sind ansteckend. Auf Fuchs und seine Gedanken wird noch einzugehen sein. Bereits hier wird aber deutlich, dass es sich nicht um eine Resonanz zwischen Gehirnen, sondern um eine komplexe Interaktion zwischen Personen handelt. Soll diese im Sinne einer personalen Medizin therapeutisch wirksam werden, so darf der Arzt nicht nur mit dem Patienten mitschwingen, sondern er muss im Aspekt von Krankheit und Dysfunktion diesen unterstützen, seine Schwingungen zu modifizieren.

Biotop

Die besondere **intersubjektive Atmosphäre** einer Hausarztpraxis kann als ein Biotop beschrieben werden, in dem Leben trotz Bedrohung möglich ist und Geborgenheit entsteht. Patient, Arzt, Ärztin und die Mitarbeiter einer Praxis sind oft über Jahre miteinander vertraut. Dazu kommen konkret die Räumlichkeiten und die Zugangswege, auch die Bedeutung einer Arztpraxis in der Gemeinde als einem geteilten übergeordneten sozialen System. All das sind, zusammen mit der **Historie**, Elemente, die zum Phänomen der **erlebten Anamnese** beitragen. Nicht nur zeitlich sind Erlebnisse aneinander gereiht, sondern multiple Beziehungsmuster sind möglich. So kann der Arzt gleichzeitig Sportskamerad sein oder der Patient ist in anderer Rolle der Handwerker oder er ist der Lehrer von Kindern des Arztes oder seinen Angestellten.

Vertikale und horizontale zirkuläre Kausalitäten

Aus den angeführten Faktoren lässt sich herauslesen, dass ein lineares Kausalitätsmodell der Komplexität ärztlichen Handelns nicht gerecht wird. Vielmehr kommt es zwischen dem Selbst und seiner Mitwelt zu zirkulären Interaktionen, in denen die Beteilig-

ten entlang einer Zeitachse verändernd aufeinander einwirken. Die jeweiligen Erfahrungen mit der Mitwelt bewirken im Lebewesen selbst aber auch vertikal absteigende und aufsteigende Veränderungen, die wiederum zueinander in zirkulären Kausalitäten stehen. Mit vertikal aufsteigend ist die Richtung auf höhere Komplexität der organismischen Hierarchie gemeint, Zellen, Zellverbände, Organe, Organsysteme, Lebewesen, soziale Systeme, mit vertikal absteigend die Richtung auf intrazelluläre Systeme bis zur molekularen Ebene hinab. Dieses Konzept kann zur Deckung gebracht werden mit Thure v. Uexkülls Konzepten der Funktions-, Gestalt- und Situationskreise [12]. Die ärztliche „Lebenskunsttherapie“ könnte man auch, um einen Uexküll'schen Begriff zu verwenden, als „**Hilfe bei der Passungsarbeit**“ bezeichnen. Determinanten sind Annäherungs- und Abwendungsmodus, Bindungs- und Immunsysteme (biologische, religiöse, ethnokulturelle Immunsysteme n. Sloterdijk [13]).

Der Arzt muss auch sein eigenes Wohlergehen im Blick haben. Er ist ja auch selbst unterwegs, sein eigenes Lebenskunstprojekt, die eigene Selbstformung entlang seiner eigenen Ethik und einem eigenen Lebensskript voranzutreiben. Bekommt er in der Begegnung auch etwas vom Patienten zurück, arbeitet er daneben auch am Erhalt von Freiräumen, kümmert er sich um all die Lebenskunstdimensionen, die oben angesprochen wurden, auch für sich selbst? Kann er sich abgrenzen, hält er die Distanz in der Ergriffenheit (Schmitz [14]), achtet er auf eigene Bedürfnisse und deren Verwirklichung, konstruiert er Sinnhaftiges innerhalb und außerhalb der beruflichen Tätigkeit und wie gelingt ihm das?

Mikroszenen hausärztlicher Arbeit (nach Gisela Volck, Hausärztin und Psychotherapeutin in Frankfurt) [15]

Nun könnte man einwenden, dass das alles schöne Theorien seien, aber weit weg vom praktischen Alltag ärztlichen Handelns. In hausärztlichen Praxen wurde daran gearbeitet, sich genau die Abläufe dort gleichsam unter der Lupe anzuschauen. Dazu wurden einzelne Begegnungen eines beliebigen Praxistages dokumentiert und unter verschiedenen Blickwinkeln betrachtet:

Kategorien für Sprechstundenbegegnungen:

Patient	Uhrzeit(en)	Beratungsanlass	Geschichte der Krankheit(en)	Geschichte der Arzt-Patienten-Beziehung	Stimmung
Hauptintervention	subjektive/ objektive Wirklichkeiten	Aspektwechsel Metaebene	patienten- bezogene ärztliche Befindlichkeit		

Eine Identifikationsnummer für den Patienten wurde notiert, um Daten ggfs. prüfen und Wiederholungsgespräche erkennen zu können. Über die Uhrzeiten war nicht nur eine tageszeitliche Einordnung, sondern auch die Dauer der Gespräche erkennbar. Der Beratungsanlass verwies auf das formulierte Anliegen, die Geschichte seiner Krankheit auf den (objektivierbaren) Krankheitsverlauf, die Geschichte des Kranken ließ die dem Arzt bekannten biographischen Aspekte erkennbar werden und die Geschichte der Beziehung zwischen Patient und Arzt verdeutlichte das Werden einer gemeinsamen (Behandlungs-)Wirklichkeit. Die emotionalen Gestimmtheit sollte Ausdruck über die Grundhaltung des Patienten gegenüber der Welt beschreiben, während die Frage nach der Hauptintervention danach unterschied, ob sich die Interaktion eher in einem linear-biologistischen Rahmen bewegte oder eher in einem interpersonalen komplexen Rahmen. Weiterhin interessierte die Frage, ob es einen Wechsel zwischen den Betrachtungsaspekten gab, Am Ende notierte der Arzt seine durch die Begegnung ausgelöste bzw. sich auf den Patienten beziehende eigene Befindlichkeit. Solche fallbezogenen Dokumentationen zeigen, dass sich mit jedem Kontakt menschliche Kosmen öffnen (können).

Personaler und biologistischer Doppelaspekt

Ein zentrales Thema personaler Medizin ist der **biologistische und der personale Doppelaspekt von Körper** (Fuchs [2]). Der uns als Patient gegenüber tretende Mensch ist gleich uns selbst eine ganze, nicht teilbare Person. Diese Person berichtet über Gefühle, von denen eine Vielzahl unterschieden werden kann. Fuchs ordnet sie unter eher passiven Regungen (wie Lust, Schmerz, Hunger oder Angst) und aktiven Tätigkeiten (wie Denken, Wahrnehmen, Sich-bewegen, Handeln). Derartige Äußerungen von Subjekten sind immer an einen lebenden Körper gebunden, Fuchs nennt sie deshalb „verkörpert“, aber sie können nur dem ganzen Lebewesen zugeordnet werden. Ebenso kann der Arzt sie nur als Lebewesen wahrnehmen mit der Sinnlichkeit seiner ganzen Person. Die Verdinglichung von Lebewesen und ihre Betrachtung als zu analysierenden und anonymisierten Gegenstand

in immer kleinere Dimensionen bis hinunter auf die molekulare Ebene brachten für die Medizin enorme Erkenntnisgewinne. Die gleiche Betrachtungsweise wird nun intensiv für die Erforschung bioelektrischer Vorgänge des Gehirns benutzt, auch das mit unbestreitbaren Erfolgen. Die Hürde bleibt aber unübersteigbar, dass nicht das Gehirn denkt und die Synapsen fühlen und Lust und Glück nicht vom nucleus accumbens, sondern von einem lebenden Wesen empfunden werden. Fuchs wirft den Vertretern der „analytischen Philosophie“ vor, das Lebewesen respektive die Person als eigene Entität in ihren Theorien nicht mehr zu führen. Nach ihm ist das Lebewesen selbst die primäre Entität, an der ich, als eine andere Entität, subjektiv gefärbt, **als Teilnehmer**, integrale Lebensäußerungen wahrnehmen kann und an der ich, andererseits, **im Beobachtermodus**, in beliebiger Detailliertheit und möglichst objektiv physiologische Prozesse untersuchen kann. Der personalen Betrachtungsweise entspricht der empfundene Leib, der biologistischen die beobachtete Körperlichkeit unter Einschluss hirnelementarischer Vorgänge. Nach Fuchs sind die beiden Aspekte zueinander *epistemologisch komplementär* und lassen sich nicht ineinander überführen, wenn sie auch Korrelationen und strukturelle Ähnlichkeiten zueinander besitzen. Im täglichen ärztlichen Handeln führt das dazu, dass ich mich dem Patienten nicht **gleichzeitig** im intersubjektiven Modus und im Modus des naturwissenschaftlichen Beobachters nähern kann, auch wenn die Modi unter Umständen schnell wechseln können. Fuchs ergänzt unsere Eingangsbemerkungen ([2] S. 107): „Personen sind diejenigen Lebewesen, die in der Lage sind, sich zu ihrer eigenen Leiblichkeit in ein Verhältnis zu setzen. Damit können sie sich selbst und anderen Personen als Leib und Körper erscheinen.“

Unsere alltägliche Erfahrung stützt die Fuchs'sche Auffassung, dass ein dualistischer Ansatz einer mentalen, nicht physischen, Innenwelt einerseits und einer objektiven physikalisch beschreibbaren Außenwelt nicht zielführend ist. Schon Trivialitäten der täglichen Lebenswelt wie einander Begegnen, Trauern, Ausgelassensein, Sporttreiben, wären so nicht erklärbar. Nach Fuchs lassen sich demnach **zwei verschiedene Aspekte bei Lebewesen** feststellen: einerseits integrale Lebensäußerungen, bewusste Erlebnisse und Tätigkeiten, andererseits physiologische Prozesse, die eine komplexe, organisch strukturierte Ordnung aufweisen. Beide beziehen sich auf EIN physisches Wesen, das „im einen Fall ... als einheitliche (d. h. genau eine) lebendig-materielle Substanz erscheint, im anderen Fall hingegen als organisierte Gesamtheit von materiellen Teilelementen und –prozessen.“ Fuchs zieht daraus folgende Schlussfolgerungen für die ärztliche Tätigkeit:

- ◆ Die gängige Lehre psychosomatischer und somatopsychischer Zusammenhänge muss neu gedacht werden. Das eine VERURSACHT nicht das andere, Schamgefühl nicht eine Gesichtsrötung, Angst nicht Herzklopfen. Sie sind also nicht linear-kausal miteinander verknüpft, sondern sie sind miteinander im Sinne vertikal-zirkulärer Kausalitäten korreliert.
- ◆ Halluzinationen im Zusammenhang mit dem Konsum von Drogen oder Alkohol oder Veränderungen durch Psychopharmaka

sind nicht durch diese Agenzien hervorgebracht sondern wiederum ganzheitliche integrale Äußerungen des Lebewesens, die **lediglich stimuliert werden**. Die stimmungsaufhellende Wirkung eines Antidepressivums wird demnach zu betrachten sein als eine **Intervention in das System Lebewesen**, welche zu komplexen Systemreaktionen führt. Diese wiederum werden modifiziert von der Art der personalen Interaktion zwischen Patient und Arzt und den übrigen zirkulären Prozessen zwischen dem Lebewesen und seiner Lebensumgebung. Die molekulare Transmitterwirkung des Pharmakons kann nicht 1:1 mit den integralen Lebensäußerungen der Person gleichgesetzt werden, **die beiden Seiten der Münze bleiben füreinander unzugänglich**. Gerade die neuere hirnelementarische Forschung, die nun auch das vermeintliche Zentralorgan der Person und des Bewusstseins zu verdinglichen droht, macht aber eine Neuorientierung aktuell und notwendig. Zu ihr haben nicht nur Ärzte und Psychologen, sondern eben auch Philosophen Entscheidendes beizutragen. Medizin als eine Lebenswissenschaft kann sich nur entwickeln, wenn sie sich immer wieder am Nachdenken über das In-der-Welt- und Mit-dem Anderen-Sein des Menschen ausrichtet. □

Literatur

- [1] Tournier P: Krankheit und Lebensprobleme. Deutsche Ausgabe von *Medicine de la Personne* Basel Benno Schwabe 1941
- [2] Fuchs, T: Das Gehirn – ein Beziehungsorgan : Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2016. (S. 294)
- [3] Schmitz, H: Selbst sein: Über Identität, Subjektivität und Personalität. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder GmbH, 2016.
- [4] Körner J, Neubig H, Rosin U: Die Balint-Gruppe in Klinik und Praxis : Praxis • Theorie • Variationen • Leitungstechnik • Forschung Entwicklung und Anwendung in verschiedenen Ländern Berufspolitik • Kritische Glosse. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag, 2013.
- [5] Damasio, A: Der Spinoza-Effekt : Wie Gefühle unser Leben bestimmen. Berlin: Refinery, 2016.
- [6] Addison R B: (Deutsch von Rüter G und Schmidt E) Ein Gegenmittel gegen den Burnout bei Ärzten: Die Balintgruppe als hermeneutische Oase bei der Suche nach Bedeutung in der Medizin Z. Allg. Med. 2002; 78
- [7] Rüter G: Eine kleine Phänomenologie der hausärztlichen Ganz(körper)untersuchung – Eine Übersicht für Studierende und Ärzte Z Allg Med | 2016; 92 (3)
- [8] Greenhalgh T, N Maskrey Evidence based medicine: a movement in crisis? BMJ 2014;348:g3725
- [9] Miles A, Mezzich JE: Advancing the global communication of scholarship and research for personalized healthcare: *The International Journal of Person Centered Medicine* International Journal of Person Centered Medicine, Vol 1, No 1 (2011)
- [10] Bahrs, O , Matthiessen, P F.: Gesundheitsfördernde Praxen : die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis. Bern: Huber, 2007
- [11] Ferrari P F, Gallese V, Rizzolatti G, Fogassi L: Mirror neurons responding to the observation of ingestive and communicative mouth actions in the monkey ventral premotor cortex EJM 2003 Vol 17 Issue 8
- [12] Köhle K , Herzog, Joraschky P, Langewitz W, Söllner W: Uexküll, Psychosomatische Medizin : Theoretische Modelle und klinische Praxis Elsevier, Urban&FischerVerlag, 2011
- [13] Sloterdijk P: Sphären III Schäume Frankfurt am Main Suhrkamp, 2004 S. 192
- [14] Schmitz H: Der Leib, der Raum und die Gefühle. Bielefeld und Locarno: Ed. Sirius, 2007
- [15] Volck G, Kalitzkus V: Passung im Minutentakt –die Komplexität einer Hausarztpraxis Mikroszenenprotokoll als Instrument zur Selbstreflexion Z Allg Med | 2012; 88 (3) 105-11

Dr. med. Gernot Rüter

Geboren 1949 in Benningen

Schulzeit 1956 bis 1968, Abitur in Ludwigsburg
Seit 1975 verheiratet, zwei Kinder, Ehefrau Psychologische Psychotherapeutin in eigener Praxis
Studium der Humanmedizin in Freiburg i. Breisgau, Staatsexamen und Promotion zum Doktor der Medizin 1974. Approbation als Arzt 1976. Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin 1976-1980. Seit 1980 bis heute als Facharzt für Allgemeinmedizin in Benningen/Neckar mit psychosomatischer Grundversorgung. Im Verlauf Erwerb der Zusatzbezeichnungen Chirotherapie und Palliativmedizin, seit 1991 in Gemeinschaftspraxis. Seit 1981 regelmäßiges Mitglied von Balintgruppen.

Seit 1993 Moderation eines hausärztlichen Qualitätszirkels, der mehrere Arbeiten zur Versorgung hausärztlicher Patienten zusammen mit Partnern aus verschiedenen Hochschulen durchführte. Forschungsschwerpunkte Hausbesuchpatienten, Patienten mit Tumorleiden, Diabetes-Patienten, Zusammenarbeit verschiedener Versorgungsebenen. Publikationen der Forschungsergebnisse und zu medizinphilosophischen Fragestellungen. Die Praxis ist akademische Lehrpraxis der Universität Tübingen

Seit 2013 Vortragstätigkeit für das Philosophicum für Mediziner der Universität Würzburg.

Anschrift des Verfassers: Dr. med. Gernot Rüter, Facharzt für Allgemeinmedizin, Chirotherapie, Palliativmedizin; Blumenstr. 11; 71724 Benningen; Tel.: 07144/14233; Fax: 07144/4649; email: rueter@telemed.de.



Quelle: Autor