

Phönix aus der Blase

Vorschlag einer philosophischen Grundierung der Hausarztmedizin als Lebenskunstmedizin

Rising Like Phoenix From the Bubble

Proposal for a Philosophy of Living as a Foundation for Primary Care Medicine

Gernot Rüter¹

Zusammenfassung: Das Fortbestehen einer ärztlichen Basisversorgung durch selbstständige Hausärzte in Deutschland erscheint gefährdet, da immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte sich für diese Art zu arbeiten entscheiden. Ein wesentlicher Grund hierfür könnte im Fehlen einer allgemein anerkannten philosophischen Grundierung hausärztlicher Tätigkeit liegen. Der Artikel versucht, eine solche durch die Aufsetzung hausärztlicher Arbeit auf eine neuzeitliche Lebenskunstphilosophie zu liefern. Die Konzepte von Michel Foucault und Wilhelm Schmid werden, gerichtet auf ärztliche Tätigkeit, vorgestellt und ergänzt durch das Beziehungsmodell einer beseelten Mikrosphäre nach Peter Sloterdijk. Hausärztliche Arbeit kann verstanden werden als ein Geborgensein in der Mikrosphäre („Blase“) und der wissenschaftsgestützten Entwicklung neuer Autonomie des Kranken – Selbstmächtigkeit – aus diesem Beseelungsraum heraus.

Schlüsselwörter: Hausarztmedizin, Lebenskunstphilosophie, Mikrosphäre, Selbstmächtigkeit

Abstract: Survival of primary care provided by independent family practitioners in Germany appears to be at risk because ever fewer young physicians are choosing this line of work. An important reason for this development may be the lack of a commonly accepted philosophical foundation as to what the role of family practitioners is. This article attempts to address this issue by providing a modern philosophy of living as a foundation for primary care. It will demonstrate how the concepts of Michel Foucault and Wilhelm Schmid could be applied to physicians' work and supplement this approach with Peter Sloterdijk's model of relationship in a shared emotional microcosm ("bubble"). FPs work could be understood as an emotional supportive system within this microcosm that allows a science-based development of the patient towards new autonomy and empowerment.

Keywords: primary medical care, philosophy of living, emotional microcosm, empowerment

*Da der Dichtung zauberische Hülle
Sich noch lieblich um die Wahrheit wand,
Durch die Schöpfung floss da Lebensfülle,
Und was nie empfinden wird, empfand.
An der Liebe Busen sie zu drücken,
Gab man höhern Adel der Natur,
Alles wies den eingeweihten Blicken,
Alles eines Gottes Spur.*

*Wo jetzt nur, wie uns die Weisen sagen,
Seelenlos ein Feuerball sich dreht,
Lenkte damals seinen goldnen Wagen
Helios in stiller Majestät*

*Müßig kehrten zu dem Dichterlande
Heim die Götter, unmüßig einer Welt,
Die, entwachsen ihrem Gängelbände,
sich durch eignes Schweben hält.*

*Ja, sie kehrten heim, und alles Schöne,
Alles Hohe nahmen sie mit fort,
Alle Farben, alle Lebenstöne
Und uns blieb nur das entseelte Wort.
Aus der Zeitflut weggerissen, schweben
Sie gerettet auf des Pindus Höh'n:
Was unsterblich im Gesang soll leben,
Muss im Leben untergehn.*

Friedrich Schiller
Aus: Die Götter Griechenlands

Stirbt der Hausarzt aus Mangel an Identität?

Es steht nicht gut um die Hausarztmedizin in Deutschland. In Jahrzehnten haben sich innerhalb der ambulanten Medizin die Gewichte zu Gunsten von Spezialisten verschoben. Deren Zahl übersteigt in ihrer Gesamtheit die der Gene-

ralisten deutlich. Die Hausarztmedizin scheint allein schon am Nachwuchsmangel zugrunde zu gehen. Dramatisch geht die Zahl derer zurück, die bei den Ärztekammern eine Facharztprüfung für Allgemeinmedizin ablegen. Anstrengungen wurden unternommen, das Wesen der Hausarztmedizin unter Berufung auf die aktuelle Literatur zu beschreiben

[1]. Dabei werden häufig das Aufgabenfeld, die spezifische Arbeitsweise, die Berücksichtigung des Umfeldes, die Betonung des Individuellen zutreffend als Merkmale hausärztlicher Tätigkeit beschrieben. Die Fachdefinition der wissenschaftlichen Fachgesellschaft DEGAM [2] erwähnt besonders Aspekte der Bedeutungserteilung bei der Einord-

¹ Facharzt für Allgemeinmedizin in Benningen / Neckar

Peer reviewed article eingereicht: 06.07.2010, akzeptiert: 16.09.2010

DOI 10.3238/zfa.2010.0395

nung wahrgenommener Sachverhalte: 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).

Dennoch fehlt eine umfassende Grundierung einer auf Dauer angelegten hausärztlichen Begleitung von Patienten, mit denen der Arzt bisher noch regelhaft die soziologische Umgebung, das Dorf, den Stadtteil gemeinsam hat. Diese Grundierung wird notwendig, weil die medizinische Grundversorgung „chronisch wird“ und die ärztliche Aufgabenstellung nicht mehr nur auf dem „Primat des Dringlichen“ beruht, sondern vor allem darin besteht, dem Patienten bei der Gestaltung eines gelingenden Lebens trotz Krankheit und Behinderung zur Seite zu stehen. Eine solche Grundierung soll hier versucht werden. „Die Medizin“ ist erst in jüngerer Zeit dabei, Werkzeuge und Verfahrensvorstellungen für chronische Betreuung zu entwickeln [3].

Aber auch das Chronic-Care-Modell scheint noch zu eng gefasst. Vielleicht ist ja – wegen ihrer erfolgreichen naturwissenschaftlichen Ausrichtung in den letzten 200 Jahren – eine so verstandene Grundierung von der ärztlichen Profession im engeren Sinne zunächst gar nicht zu erwarten. Möglicherweise bedarf es vielmehr der Hinwendung zur Philosophie als einer allgemeinen Lebenswissenschaft. Diese Hinwendung oder vielmehr die Rückkehr zu einer philosophischen Grundlegung scheint sich inzwischen auch in ärztlichen Ausbildungsstätten zu vollziehen: Bis 1861 hatte der Medizinstudent an preußischen Universitäten vor dem Dekan der philosophischen Fakultät ein **tentamen philosophicum** abzulegen. Das wurde damals durch eine Studienreform vom – bis heute gültigen – **tentamen physicum** abgelöst. 150 Jahre später, im April 2010, bietet die medizinische Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg auf ihrer Homepage für das Sommersemester 2010 ein „Würzburger Philosophicum“ an. Die Einführung der neuen Lehrveranstaltung (PD Dr. T. Bohrer) [4] wird mit folgenden Worten begründet: „Die Praxis des Arztes ist konkrete Philosophie“ (Karl Jaspers).

„*Ärztliches Handeln beruht auf zwei Fundamenten: einerseits auf naturwissen-*

schaftlicher Erkenntnis und technischem Können, andererseits auf Humanität, Ethik und Philosophie. Ersteres wird an der medizinischen Fakultät gelehrt, Letzteres kommt oft zu kurz. Aus diesem Grund wünschen sich viele Medizinstudenten, gerade in Anbetracht unseres hoch technisierten Krankenhausalltags, ein eigenes Wahlfach, das sich philosophischen Fragestellungen widmet: ein Philosophicum.

Es existiert das Vorurteil gegenüber der Philosophie, dass sie zu kompliziert und Sache der Fachleute, außerdem zu langweilig sei. Genau dieses möchte das Seminar ausräumen. Inhalt dieses ersten Seminars wird deswegen eine allgemeine Einführung in die Philosophie und ihre Teilgebiete der Erkenntnistheorie und Ethik sein.

Es geht darum, dass Sie in Erweiterung Ihres Medizinstudiums Philosophie kennenlernen und motiviert werden, über die Welt und die Menschen systematisch nachzudenken. Dann kann die Philosophie ein geistiges Abenteuer für Sie werden.“

Die Medizinstudierenden der Universität Witten-Herdecke müssen ein Studium fundamentale in der Fakultät für Kulturreflexion und Philosophie als Pflichtbestandteil ihres Studiums absolvieren.

Wie sind Krankheit und Tod vermeidbar – wie ist gelingendes Leben möglich?

Leitlinien zu ärztlichem Handeln, entwickelt aus der verfügbaren Evidenz, konzentrieren sich zentral auf die Fragen, durch welches Handeln, welches Arzneimittel, welche chirurgische oder sonstige ärztliche Intervention ein für den Patienten fatales Ereignis vermieden werden kann. Sehr häufig ist Ziel solchen Vorgehens, vorhandene Krankheitsrisiken zu mindern. „*Während das aufgeklärte Bewusstsein heute notwendigerweise von explizit vorgestellten Möglichkeiten des Scheiterns ausgeht – vom zahlen gestützten Hinweis auf Unfallrisiken, Terrorrisiken, Geschäftsrisiken, Krebs- und Infarktrisiken und anderen Dimensionen präzise bezifferbarer Havarie-Wahrscheinlichkeiten –, behält das nicht-alarmierte Leben, sofern es mit seinem Hintergrund vage übereinstimmt und sich von Traditionen tragen lassen kann, zuweilen noch eine Aura von Geborgenheit in der Naivität.*“ [5] Aus einer solchen Geborgenheitssphäre („Blase“) [6] heraus, stellt sich dem chro-

nischen Arzt [7] noch eine ganz andere Aufgabe, die ihn schöpferisch, intellektuell und von der Anforderung an die Empathie ebenso fordert: Nicht die Frage, wie „der Tod“ oder ein anderer „harter Endpunkt“ vermieden werden kann, sondern die Frage, wie gelingendes Leben – trotz Krankheit – möglich ist?

Die Antwort auf die Möglichkeit von Leben schlechthin wäre in einem Studium der Humanbiologie zu finden. Grundlagen hierfür liefert der Biologe Jacob von Uexküll [8], der den Begriff „Umwelt“ prägte und die Wechselbeziehungen zwischen lebenden Systemen und ihrer Umwelt beobachtete, wofür wir den Begriff der Ökologie verwenden. Individuelle Menschen wollen aber über das Leben als solches hinaus ein nach ihren Konzepten gelingendes Leben führen. Auf deren Fragen vermag die (Lebenskunst-)Philosophie Antworten zu liefern. Von ihr gestützt gälte es dann für den behandelnden chronischen Arzt zu beantworten, welche Ziele seine Medizin verfolgen soll und auf welche ethische Grundierung sich die Patienten mit ihrem je eigenen Lebensentwurf und die sie begleitenden Ärzte einigen können.

Und wie soll das gehen?

Die Frage nach den grundlegenden Voraussetzungen und den Methoden für ein Erreichen der formulierten Ziele ist zu stellen. Die tätige, auf kontinuierliche Langzeitbegleitung angelegte Allgemeinmedizin soll und kann beide Aufgabenstellungen verknüpfen, den Tod vermeiden und Leben ermöglichen, solange die Kranken nicht zu schwer krank oder in ihren Ressourcen zu sehr begrenzt sind. Der Hausarzt steht hier mit seiner Arbeit in der Mitte zwischen der spezialistisch-interventionellen Medizin einerseits und der professionellen Psychotherapie andererseits. Wilm und in der Schmitt [1] betonen zu Recht die Bedeutung des hermeneutischen Fallverständnisses in der Allgemeinmedizin und sprechen vom Element der „Konkordanz“ als dem gelungenen Aushandlungsprozess zwischen Patient, Arzt und anderen Akteuren. Sie betonen am Ende ihres Artikels: „*Während sich die anderen ärztlichen Disziplinen über ihren Inhalt definieren, über Krankheiten, Organsysteme oder Technolo-*

gien, ist die Arzt-Patienten-Beziehung vor jedem Inhalt schlechthin konstitutiv für die Allgemeinmedizin“ und fahren fort „Wenn die Allgemeinmedizin (unbewusst) versucht, sich durch ein Mehr an Kühle, Distanz und Fragmentierung anzugleichen, setzt sie nicht weniger als ihre Identität aufs Spiel“. Eine philosophische Grundierung der Begriffe der Beziehung, der vielen notwendigen Hermeneutiken und einer Zielrichtung hausärztlicher Arbeit liefern sie nicht.

Nicht nur die Medizin am Lebense, sondern alle ärztliche Begleitung bei substanzieller Bedrohung durch Krankheit, durch körperliche ebenso wie durch seelische Beeinträchtigung ist mit dem Blickwinkel auf die spirituelle Ausrichtung des Patienten zu betreiben. In der philosophischen Grundierung haben sich dabei die Schwerpunkte verschoben. Seit fast zwei Jahrtausenden prägt die christlich-metaphysische Ausrichtung auf ein ewiges Sein jenseits der physischen Existenz die Sicht auf die Frage, wie ein gutes Leben zu gestalten sei. Immanuel Kant stellt mit seinem kategorischen Imperativ „Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde“ die Urteilskraft des Einzelnen einer allgemeinen Normensetzung entgegen. [9] Die Kette der Denker setzt sich über Friedrich Schiller, Friedrich Hölderlin, Friedrich Nietzsche, Martin Heidegger, Michel Foucault bis Wilhelm Schmid fort und führt zu einer Wiederentdeckung der antiken Idee der Lebenskunst.

Schmid [10] mahnt das Fehlen einer modernen Philosophie der Lebenskunst an und bezieht sich bei seinem Versuch der Suche danach sehr wesentlich auf die Arbeiten Michel Foucaults. Er sei deshalb im Folgenden als „Schmid-Foucault“ zitiert. Seine Lebenskunstphilosophie löst sich sowohl vom Gedanken eines allgemeingültigen Menschenbildes, einer allgemeinen Anthropologie, als auch von dem einer grundlegenden, etwa durch Psychoanalyse zu entdeckenden Individualität. Wie schon bei Kant wird eine Ethik durch äußere Normensetzung ebenso verworfen, wie der Gedanke, durch äußere Regeln festzulegen, wie „der Mensch“ idealtypisch sein solle.

Vielmehr ist der je einzelne Mensch, Schmid spricht vom „Selbst“, aufgefordert, sich in der Auseinandersetzung mit

der zeitlichen, örtlichen, sozialen und politischen Aktualität eine Form zu geben, „sich zu konstituieren“ („Formen statt Normen“) und diese Form nach ästhetischen Gesichtspunkten während des ganzen Daseins zu entwickeln. Ästhetisch, schön, ist nach Schmid, was bejaht werden kann [11]. In der historischen Betrachtung geht dabei die „Regierung“ des Selbst von einer christlich-pastoralen (mit dem Ziel der Seelsorge) über eine säkular-staatliche, häufig mit Bevormundung und Unfreiheit verknüpfte, zum Regierungs-Prinzip der Selbstsorge über. Autonomie bedeutet, sich selbst Regeln zu geben. Sloterdijk formuliert diese Entwicklung so: „Weil Menschen im Zeitalter der Hintergrundexplikation immer weniger unangetastete Apriori-Information über ihr Wie-, Wo- und So-Sein-Sollen mitnehmen können ... sind sie gezwungen, ihre Orientierung von impliziter Hintergrundverankerung auf explizite Setzungen umzustellen. Wo Selbstverständlichkeiten knapp wurden, müssen Optionen ihre Rolle übernehmen. Dies leitet das Zeitalter der Wahlweltbilder und Wahlselfbilder ein.“ ([5] S. 196)

Wie hat man sich eine „Ästhetik der Existenz“ vorzustellen?

Sozial etablierte Regeln dürfen vom Selbst kritisiert, in Frage gestellt und unter dem Gesichtspunkt des Intolerablen auch verändert und gebrochen werden. Entgegen Kant, bei dessen kategorischem Imperativ die Möglichkeit der Verallgemeinerbarkeit der Maxime eigenen Handelns der ethische Prüfstein war, führt Foucault mit Bezug auf Nietzsche den Gedanken der „ewigen Wiederkehr“ ein („Hypothetischer Iterativ“) ([10] S. 322). Er beinhaltet die individuelle Frage, ob das Selbst ein unendlich, genau identisch wiederkehrendes Leben wieder genau so würde leben wollen. Das Wirken tätiger Selbstsorge soll die eigene Existenz ständig gestalten und umformen (transformieren) mit dem Ziel, das eigene Leben zu einem Kunstwerk zu machen („Ästhetik der Existenz“). Für die Gestaltung entscheidend ist – auch hier formuliert – die eigene Wahl unter vielfältig denkbarem Möglichen.

Nicht zuletzt richtet sich dieser Anspruch auch auf z. B. den Umgang mit

Leid und Schmerz und den Gedanken an den Tod, letztlich auch auf die Gestaltung des eigenen Sterbens. Wie häufig während des Lebens hat das Selbst sich mit Dingen zu befassen, die nicht verändert, oft aber gestaltet werden können. Immer besteht aber die Möglichkeit, zu diesen Dingen verschiedene Haltungen einzunehmen, ihnen eine andere Bedeutung einzuräumen. Das Selbst hat oder schafft sich die Möglichkeit zu einer Hermeneutik des Unveränderbaren.

Schmid-Foucault beschreiben verschiedene Kenntnisse und Fähigkeiten, die hilfreich sind für den Prozess der Selbsttransformierung. Hauptgestaltungsfeld bei dieser Selbstformung und Transformierung ist das Verhältnis zu sich selbst [11] und zum Anderen.

Dazu gehören:

- der Gebrauch und die Funktion der Schrift,
- die Reflexion des Traumes als Tag- oder Nachttraum,
- eine Kunst der Geste als einer Kunst des Sich-Verständigens aus der Distanz (Interessantes dazu unter dem Berliner Gesten-Zentrum) [12],
- eine Kunst der Erotik, welche vom reinen Begehren der Sexualität abzugrenzen ist,
- eine Ethik der Freundschaft,
- eine Kunst des Schweigens,
- eine Kunst des Sterbens,
- das Erarbeiten und Einüben eines Verhältnisses zum Tod und eines Bezuges zur Spiritualität.

Foucault definiert jedes Können, welches der Kunst zugrunde liegt, in einem Dreischritt: ([11] S. 47) Zunächst ist eine Vielzahl von *Möglichkeiten* denkbar. Durch die tätige *Wahl* des Selbst wird aus einer Möglichkeit Wirklichkeit. Durch beharrliches *Einüben (Askese)* der gewählten Wirklichkeit wird aus der Wirklichkeit Gekonntes, Exzellenz. Fehlerfreiheit, Perfektion zu erreichen ist nicht erforderlich.

Wie sieht die hausärztliche Aufgabe aus?

Der tätige Hausarzt als der chronische Arzt kann über eine Fülle von Schicksalen und Machsalen aus seiner Lebens- und Berufserfahrung berichten, wenn man mit „Machsalen“ die Versuche der

Selbstkonstituierung und der Transformation im Schmid-Foucault'schem Sinne bezeichnen will. Wenn der Arzt aufmerksam für diese „artistische“ (W. Schmid) Arbeit seiner Patienten ist, welche als „die Anderen“ an seinem Leben teilhaben, dann erlebt er deren „Kranksein“ als eine empfindliche Störung bei ihrer Arbeit am Kunstwerk Leben. Krank-sein meint hier die ganze Fülle leiblicher, seelischer und sozialer Dimension von erlittener Krankheit. **In dem Angebot, auf verbale oder non-verbale Nachfrage des Patienten sich zu bemühen als Erkennender, Verdeutlicher, Bewusstmacher, Neustrukturierer, Unterstützer und Geburtshelfer bei krankheitsbedingter Störung der Praktiken der Lebenskunst seiner Patienten, sehe ich den Kern hausärztlicher Medizin.**

Beispielhaft soll verwiesen werden auf die Kasuistik „Innerlich zerrissen sein“ in der Ausgabe 09 / 2010 der ZFA.

Dabei schließt das Erkennen die Deutung der vom Patienten ausgehenden Zeichen in ihrer mutmaßlichen Bedeutung für den Patienten und für den Arzt selbst ein. Aber auch eine – distanziertere – Betrachtung ist nötig für eine mögliche Einordnung der Zeichen in eine medizinische Nosologie, die Diagnostik. Unmittelbare (ikonische) Zeichen, die oft informieren über die affektive Verfassung des Patienten; solche Zeichen, die Hinweise geben auf ein zugrunde liegendes Zweites (indexikalische Zeichen) und solche mit schon metakommunikativem Charakter, welche die Kenntnis eines Codes voraussetzen (symbolische Zeichen) sind zu unterscheiden [13]. Hilfreich dafür, die verschiedenen Ebenen des Kommunizierens zu erfassen, ist auch das 4-Ohren-Modell der Kommunikation nach F. Schulz von Thun [14].

In die Welt des Erkennens, des Einordnens und der Schlussfolgerungen daraus gehört der Ansatz evidenzbasierter Medizin. Zum Auffangen, Unterstützen, Ermutigen, zum Begleiten der Irrtümer und Irrwege ist ein zweites philosophisches Konstrukt hilfreich, von Peter Sloterdijk als „Mikrosphäre“ bezeichnet. Damit ist hier ein gemeinsam erzeugter emotionaler Beseelungsraum gemeint, welcher gemeinsames Durchatmen (geteilte Atmosphäre) und geschütztes Betrachten der inne-

ren und äußeren Welt ermöglicht. Eine solche, bergende Mikrosphäre kann gedacht werden als die Stellvertreterosphäre eines ursprünglichen intrauterinen und frühkindlichen Beseelungsraumes. Er kommt zustande (Sphäropoese) durch die beglückenden Elemente der Zwischengesichtlichkeit (Interfacialität, Augenkontakt), des herzlichen Austausches (Interkordialität), durch taktile (Berührung), durch klangliche (Stimme) und olfaktorische (Sich-riechen-Können) Sinnlichkeit. Das unter Überwindung der Angst (vor dem Fremden) ([7] S. 37) In-Beziehung-treten zum Anderen bedeutet schon wieder eine Lebenskunstpraktik. Nach Schmid-Foucault ist diese „Affirmation“ des Anderen eine Grundlegung für eine Ethik der Freundschaft. Trotz der Schaffung einer Mikrosphäre [6] bleibt die Distanz zum Anderen erhalten. Sie schafft die Freiräume zum Andersdenken, zum Probehandeln, zum Spielen [15], ärztlich gesprochen zur Non-compliance, zum Aufbruch in eine neue Autonomie, zur neuen persönlichen Wahl, zur Weiterarbeit am Kunstwerk des eigenen Lebens. Der (ärztliche) Kollege Friedrich Schiller meint dazu: *„Denn, um es endlich auf einmal herauszusagen, der Mensch spielt nur, wo er in voller Bedeutung des Wortes Mensch ist, und er ist nur da ganz Mensch, wo er spielt. Dieser Satz wird ... das ganze Gebäude der ästhetischen Kunst und der noch schwierigeren Lebenskunst tragen.“* [15]

An welcher Ethik soll man sich orientieren?

Die Ethik der Lebenskunst erscheint im Vergleich mit anderen Ethiken umfassender und grundlegender. Die Ethik des Utilitarismus [16] mit der Zielsetzung, die Obrigkeit habe für möglichst viele Mitglieder der Gesellschaft möglichst viel Glück zu organisieren – für den Gesundheitsbereich hieße Glück Gesundheit – ermöglichte auf den Gebieten der Hygiene, Ernährung, Trinkwasserversorgung enorme Fortschritte, aber sie ebnete unter dem Gesichtswinkel des „gesunden Volkskörpers“ und der Sanktionierung derer, die vermeintlich diesem Ziel im Wege standen, grässlichen Verbrechen den Weg. Bis heute bleibt utilitaristischen Ansätzen, wie etwa den Disease-Management-

Programmen, das Risiko dieser Janusköpfigkeit [17].

Die christliche Ethik und die Tugendethik der Kirchenväter standen im Zeichen einer metaphysischen Orientierung und beinhalteten eine äußere Normensetzung mit all ihrer Glaubwürdigkeitsproblematik.

Kant entwarf in der schon erwähnten Grundlegung einer Metaphysik der Sitten eine Ethik rein aus der Vernunft, a priori, vor aller Erfahrung und leitete daraus den kategorischen Imperativ ab.

Die heute in der Medizin verbreitete Prinzipienethik [18], die sich auf die Prinzipien der Wirksamkeit, der Unschädlichkeit, der gerecht verteilten Verfügbarkeit einer Maßnahme und auf die Zustimmung des Patienten zu ihr beruft, ist besonders in Situationen hilfreich, in denen über einzelne Maßnahmen, etwa das Legen einer Ernährungssonde, entschieden werden soll.

Ist man sich einig darüber, dass das Selbst unter den Bedingungen der Moderne das eigene Leben durch die persönliche Wahl und eine einübende Askese gestalten muss und sich dabei das Ziel der „Ästhetik der Existenz“ setzt, so ist dabei ein Arzt hilfreich, der Beistand, klar zeichnender Spiegel, Ermutiger und Geburtshelfer für den Patienten ist auf dessen Weg zur Wiedererlangung der „Selbstmächtigkeit“ nach Schock und Angst durch Krankheit. Dieser Arzt kann nur ein chronischer und allgemeiner Arzt sein, in unserem System besonders der Hausarzt. Unter der Voraussetzung, dass die Ressourcen des Patienten nicht zu mangelhaft sind, z. B. durch eine schwere Bindungsstörung, oder dass die Schädigung körperlicher, seelischer oder sozialer Art nicht zu schwer wiegt, kann der Hausarzt seine Funktion als angefragter Helfer bei den Lebenskunstanstrengungen seines Patienten erfüllen. Ansonsten können die spezialistische Medizin und / oder die professionelle Psychotherapie Notwendig werden.

Patient und Arzt

Wenn aber der chronische Arzt und der chronisch oder existenziell Kranke in Beziehung treten, so berühren sich auch die Lebenskunstbemühungen des einen mit denen des anderen. Dann muss der Arzt die eigene Position gut bedenken.

Dr. med. Gernot Rüter ...



... geboren 1949, Abitur 1968. Medizinstudium in Freiburg / Breisgau 1968–1974. Niederlassung als Facharzt für Allgemeinmedizin 1980, später mit Chirotherapie und Palliativmedizin. 30 Jahre Balintgruppe. Besonderes Interesse an Individual- und Beziehungsmedizin. Ehe mit einer psychologischen Psychotherapeutin. Zwei erwachsene Kinder. Tanzen, Reiten, Skifahren und Philosophie. Publikationen über Diabetikerversorgung in der Praxis, Kooperation ärztlicher Versorgungsebenen und individualmedizinische Blickwinkel. Akademischer Lehrarzt der Universität Tübingen

Wo immer möglich sollte er sich durch Selbsterfahrung einen guten eigenen Stand schaffen: Die Gefahr ist nicht unabweisbar, dass der Arzt seinerseits äußeren Normierungen unterworfen und damit Mächten ausgesetzt ist, die ihn verführen könnten, sich auch des Patienten zu bemächtigen, um sein eigenes Leben zu einem Gelingenden zu machen. Mindestens könnte ein Patient das ärztliche Handeln im Sinne einer solchen Aneignung durch den Arzt empfinden. Damit wären die Freiräume, der Spielraum zum autonomen Anders-Denken und Anders-Handeln beim Patienten in Gefahr. Das Streben nach Autonomie des Patienten und mindestens ein Zulassen und Begleiten, wenn nicht ein Fördern einer Freiheit zu seiner je persönlichen

Lebensgestaltung, sollte auch ihren Platz im Konzept einer ärztlichen Lebenskunst behaupten. Widersprüche zu einem Konzept rein evidenzbasierter Medizin können entstehen. Auch hierfür liefert der Artikel „Innerlich zerrissen sein“ in Ausgabe 09 / 2010 der ZFA Beispiele.

Das erkrankte Selbst ist in seinen Bemühungen zur Lebensgestaltung massiv aus der Bahn geworfen. Es wird mit seiner Sterblichkeit und mit spirituellem Denken über die eigene Leiblichkeit unabweisbar konfrontiert. In der gemeinsam beseelten Mikrosphäre, der Beziehungsblase zum vertrauten Arzt kann ein Raum des zögernden Durchatmens entstehen. Aus dieser Atmosphäre kann der Patient, zu dem er geworden ist,

Spielräume zu neuer Selbstbestimmtheit ausloten und sie schließlich nützen um „die Blase“ zu verlassen und ihr als Phönix auf dem Weg zum Kunstwerk seines Lebens zu entsteigen. Im Laufe chronischer Arzt-Patienten-Leben können solche Prozesse kreisend wiederholt durchlaufen werden. Damit ist dem etablierten modernen, linearen Zeitkonzept auch ein – an sich naives – zyklisches innerhalb der Patient-Hausarzt-Beziehung unterlegt, nicht selten bis zum leiblichen Tod des Patienten oder auch zuweilen des Arztes, wenn der dem tätigen Leben entrissen wird.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Gernot Rüter
Facharzt für Allgemeinmedizin, Chirotherapie, Palliativmedizin
Akadem. Lehrpraxis der Univ. Tübingen
Blumenstr. 11 / Postfach 30
71726 / 71724 Benningen
Tel.: 07144 / 14233
Fax: 07144 / 4649
E-Mail: rueter@telemed.de

Literatur

1. Wilm S, in der Schmitt J. Was ist der Kern hausärztlicher Tätigkeit? *Primary Care* 2007; 7: 29–30: 481–486
2. Fachdefinition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) verfügbar über www.degam.de
3. Gerlach FM, Beyer M, Muth C, Saal K, Gensichen J. Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – wider die Dominanz des Dringlichen. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich.* 2006; 100 (5): 335–43
4. Kontakt über bohrer_t.htc@klinik.uni-wuerzburg.de
5. Sloterdijk P. *Sphären III, Schäume.* Frankfurt am Main: Suhrkamp 2004: 201
6. Sloterdijk P. *Sphären I Blasen.* Frankfurt am Main: Suhrkamp 1998: 11–644
7. Dörner K. *Der gute Arzt.* Stuttgart: Schattauer 2001: 103ff.
8. Uexküll v. J. *Umwelt und Innenwelt der Tiere,* Berlin 1909, 2. Auflage 1921 zit. nach [5] S. 193
9. Kant I. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten.* Timmermann J (Hrsg). Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht 2004: 36
10. Schmid W. *Auf der Suche nach einer neuen Lebenskunst.* Frankfurt am Main: Suhrkamp 2000
11. Schmid W. *Mit sich selbst befreundet sein.* Frankfurt am Main: Suhrkamp 2005: 126ff.
12. www.berlingesturcenter.de
13. Kamps H, Harms D. Die medizinische Theorie passt auf zwei Bierdeckel – Skizzen einer hausärztlichen Semiotik. *Z Allg Med* 2010; 86: 140–43
14. Schulz von Thun F. *Miteinander Reden: Teil 1: Störungen und Klärungen.* Hamburg: Rowohlt 2001
15. Schiller F. *Über die ästhetische Erziehung des Menschen in einer Reihe von Briefen 1793 / 94.* 15. Brief. Leipzig Philipp Reclam jr. ohne Jahresangabe
16. Bergdolt K. *Das Gewissen der Medizin – Ärztliche Moral von der Antike bis heute.* München: C.H. Beck 2004
17. Rüter G. *Auf der Strecke bleibt die ärztliche Ethik.* *Dt Ärztebl* 2001, Heft 46; 98: A 3016–20
18. Marckmann G. Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik. *Ärzteblatt Baden-Württemberg ÄBW* 2000; 12: 499–502