

Erst der Leib, dann der Körper: Skizzen einer praktischen, allgemein- medizinischen Phänomenologie

*Gut Feeling: First the Belly, then the Stomach:
Phenomenological Thinking in Medical Practice*

Harald Kamps¹, Dirk Harms²

Zusammenfassung: Ärztliche Entscheidungen können induktiv und deduktiv gefunden werden. Hinzu kommt intuitives Denken oder Handeln aus dem Bauchgefühl heraus, das auch als abduktiv beschrieben wurde. Dieses „unmittelbare Spüren“ wird genauer durch das „Alphabet des Gefühlsraumes“ und das „Alphabet des leiblichen Erlebens“ beschrieben, das der Philosoph Hermann Schmitz in seinem System der Neuen Phänomenologie definiert hat. Mit diesen Begriffen gelingt es, nahe am leiblichen Erleben zu bleiben und die Frage „Ist das körperlich oder psychisch“ unnötig zu machen. Eine phänomenologische Herangehensweise wird als notwendige Ergänzung von reduktionistischen Modellen beschrieben und macht das Arzt-Patienten-Gespräch lebendiger. Um der Vision: „Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen“ näher zu kommen, brauchen wir eine Sprache, die den subjektiven Tatsachen aus der persönlichen Situation von kranken Menschen Geltung verschafft. Diese Skizzen einer praktischen, allgemeinmedizinischen Phänomenologie sollen neugierig machen auf zukünftige Fallberichte, die mit diesen Begriffen auf andere und neue Weise verstanden werden können.

Schlüsselwörter: Phänomenologie; Arzt-Patienten-Kommunikation; Hausarztpraxis; Theorie der Allgemeinmedizin

Summary: To find appropriate decisions in medical practice, doctors' thinking can be deductive, inductive, but also abductive. The first approach solves a problem by applying (deducting from) a rule, the second approach combines a set of problems to search for the appropriate reaction and the third is an approach where gut feeling is in place. We find that the philosophy of new phenomenology developed by Hermann Schmitz leads to better solutions than the approach of abductive thinking. New phenomenology proposes an alphabet to describe sensed personal space and an alphabet to describe body sense. This terminology makes the division between physical or mental disease superfluous, because it enables to stay close to the experience of being a living body-bound person. Phenomenological thinking in medical practice seems to be an essential ability to complement reductionist theories of medicine. Its application is associated with an increase of vitality experienced in the relationship between patient and doctor. Yet rationalistic solutions, which undeniably brought us magnificent medical advances, find their place within the tone set by the meaning of personal life. We intend to stimulate curiosity about future case studies which demonstrate a different and new way of understanding work as a primary-care doctor.

Keywords: Phenomenology; Doctor-Patient-Communication; Family Practice; Encounter; Clinical Knowledge

¹ Niedergelassener Hausarzt in Berlin

² Niedergelassener Hausarzt in Brandenburg, Havel

Peer reviewed article eingereicht: 26.04.2014, akzeptiert: 10.06.2014

DOI 10.3238/zfa.2014.0360-0366

Die Entscheidungen, die Hausärzte täglich in vielfältigen und komplexen Situationen treffen, hängen sehr davon ab, wie diese Situationen von allen Beteiligten verstanden werden. Da die ersten Eindrücke und das erste Urteil in Situationen meistens unbewusst zustande kommen, kann von einem Vor-Urteil zu Beginn jeder ärztlichen Entscheidung ausgegangen werden. Mit diesem Problem beschäftigt sich das phänomenologische Denken seit bald hundert Jahren und es hat Methoden entwickelt, die die medizinische Praxis dringend braucht. Ziel des Artikels ist es, ein Interesse für die Bedeutung der Phänomenologie in der allgemeinmedizinischen Praxis zu wecken. Interessierte Hausärzte sollen beim Lesen gleichzeitig merken, wie sehr sie selbst bereits phänomenologisch arbeiten, ohne sich philosophische Theorie zueigen gemacht zu haben.

Ein Mann sucht seine Hausärztin auf – was passiert zwischen Patient und Ärztin? Die kurze und vielsagende Antwort: vieles und das gleichzeitig. Die lange Antwort kann an dieser Stelle nur ansatzweise versucht werden, wissend, dass wir uns auf Neuland bewegen. Die Antwort ist in drei Teile aufgeteilt.

Erstens – vielleicht ist der Mann in der Praxis bekannt und er kommt heute zur Kontrolle seines Diabetes. Dann kann die Ärztin von dieser Diagnose abgeleitet arbeiten – sie arbeitet deduktiv: Das übergeordnete Prinzip ist die akzeptierte naturwissenschaftliche Vorstellung über die Physiologie und Pathologie dieser Stoffwechselerkrankung. Sie schaut sich dafür die Laborwerte an, kontrolliert die Füße und den Blutdruck und passt ihre Ratschläge dem aktuellen Stand der Wissenschaft an, indem sie das übergeordnete Prinzip am Einzelfall anwendet.

Es kann – zweitens – aber so sein, dass der Patient noch ein anderes Symptom erwähnt, nämlich seine Verdauungsbeschwerden, krampfartige Schmerzen unabhängig vom Essen, ein merkwürdiges Völlegefühl schon bald nach dem Essen. Hier verlässt die Ärztin sicher bald den deduktiven Modus und arbeitet induktiv – sie sammelt auf dem großen Feld der medizinisch bedeutsamen Symptome die ihr am wichtigsten erscheinenden zusammen – denkt dabei auch an die Lebens- und Arbeitssituation des Mannes, an Erkrankungen in seiner Familie. Sie

benutzt die Methode des induktiven Streifens [1]. Das Ziel muss nicht unbedingt eine Diagnose sein, es reicht, mit dem Patienten gemeinsam eine Strategie zu finden: für das abwartende Offenhalten [2], für weiteres gemeinsames Streifen oder für eine gezielte Diagnostik.

Abduktiv = unmittelbar erspüren

Eine dritte Variante wäre, auf den unmittelbaren ersten Eindruck zu achten. Dann hätte sie gespürt, dass der Patient heute ungewöhnlich gekrümmt geht, dass seinem Gesicht das fröhlich Entspannte fehlt, das sie so an ihm schätzt. Vielleicht hätte sie, diesen ersten Eindruck ernst nehmend, die Laborwerte mit dem nur leicht erhöhten HbA_{1c} beiseite geschoben und ihn gefragt, was ihn bedrückt. Dabei hätte sie sich etwas zurückgelehnt und so Raum und Zeit geschaffen für einen Dialog nah am unmittelbaren Eindruck, nah an den Phänomenen. Oder, um noch einen Begriff aus der Philosophie zu bemühen: Sie und der Patient würden jetzt im abduktiven Modus miteinander reden und sich erleben. Diese drei Arten des Erkennens und damit triadisches Denken verweisen auf den Semiotiker Peirce. Wir haben in einem früheren Beitrag die Bedeutung der Semiotik für eine Theorie der Allgemeinmedizin skizziert [3]. Das abduktive Denken ist in Peirce' Modell mit der Erstheit beschrieben, als „reines Gefühl“. Die Semiotiker Thomas Sebeok und Jean Umiker Sebeok haben dies auch den Modus Sherlock Holmes genannt [4]. Diese Methode ist mit dem Begriff der Intuition nur unzureichend beschrieben. Intuition oder auch unser Bauchgefühl müssen erst mal mit dem Vorurteil kämpfen, unwissenschaftlich zu sein – auch wenn diese Methode neuerdings als unentbehrlich beschrieben wird und sicher unbewusst in viele Entscheidungen eingeht [5–7].

Wir möchten die Methode des unmittelbaren Erspürens weiter ergründen und uns dabei besonders auf den Philosophen Hermann Schmitz beziehen. Hermann Schmitz wurde 1928 in Leipzig geboren, er leitete bis zu seiner Emeritierung 1993 das Institut für Philosophie in Kiel. Mit seinem zehnbändigen Werk „System der Philosophie“ begründete er die „Neue Phänomenologie“.

Ihm ist es gelungen, eine vielfältige Sprache zu begründen, mit der das Spüren, nahe an den Phänomenen, beschrieben werden kann. Er hat ein Alphabet des Gefühlsraumes [8] und ein Alphabet des leiblichen Erlebens [9] beschrieben. Unsere Arbeit stellt den Versuch dar, diese Sprache Schmitz' auf den Sonderfall des Umgangs zwischen Arzt und Patient anzuwenden.

Es geht auch ohne Psyche

Also zurück in das Sprechzimmer der Ärztin: Welche Buchstaben des Alphabetes der Gefühle wären relevant? Für Schmitz sind Gefühle keine psychischen Innenwelten, sondern geteilte Atmosphären, von denen wir ergriffen werden können – oder auch nicht. Unsere Ärztin lässt es zu, sich von der „nach unten gerichteten“ Gestalt des Patienten beeindrucken zu lassen. Ihr fällt dies leichter, wenn sie sich daran erinnert, dass dieser Patient sonst immer erhobenen Hauptes mit zuversichtlich nach vorne gerichtetem Blick ins Sprechzimmer eintritt. Heute wirkt der Patient bedrückt und irgendwie „niedergeschlagen“. Bei früheren Konsultationen war der Patient ansteckend ruhig und entspannt, heute ist er überraschend unruhig. Dieser Begriff leitet bereits zum Alphabet des Leibes über [10]: Ruhe und Unruhe sind Pole aus der leiblichen Dynamik, die nach Schmitz hauptsächlich durch das leibliche Spüren der Enge und der Weite gebildet wird.

Die Enge, aus der wir nicht herauskommen, ist unsere Angst, ist unser Schmerz und unser Erschrecken. Es sind Erlebnisse, die zweifelsfrei klar machen, worum es eigentlich geht. Engende Erlebnisse sind also subjektive Tatsachen, die nicht bestritten werden können, denen wir als Ärzte aber gerecht werden müssen. Die leibliche Regung will aus der Enge in die Weite: In der Weite können wir uns wohliger verlieren („wie in einem lauwarmen Salzbad“), es ist die Situation kurz vor dem Einschlafen, wo jeder Gedanke schon wieder ein klein wenig engend wirken würde. Zwischen Enge, die gegen das übermächtige Weite spannt (Spannung) und Weite, die erfolgreich gegen die Enge schwillt (Schwellung), entsteht die Richtung. Die leibliche Richtung zwischen Spannung und Schwellung erzeugt nach

Schmitz den vitalen Antrieb, den wir als Kraft, Energie, Hoffnung erleben und brauchen.

Unser Patient wirkt heute überaus antriebslos, irgendetwas hat ihm die Kraft geraubt. Im weiteren Gespräch darüber würde sich die persönliche Situation des Patienten eröffnen. Dieses Gespräch muss nicht lange dauern – dazu ist in der hausärztlichen Praxis auch selten Raum und Zeit. Nur dieses Gespräch über die persönliche Welt hätte dem von der induktiven und deduktiven Methode geprägten Gespräch Wichtiges zufügen können: Wir würden die Person erkennen, der wir begegnen, mit ihren Erlebnissen zu früheren und Erwartungen zu zukünftigen Situationen. Wir würden erkennen, dass diese Person nicht nur ein Fall von etwas ist (einer Krankheit zum Beispiel), sondern uns als Arzt eine ganz persönliche Aufgabe stellt.

Subjektive Tatsachen

Auf die Frage, was in der Patienten-Arzt-Beziehung passiert, war unsere kurze Antwort: „vieles und das gleichzeitig“. An dieser Stelle behaupten wir: Das Gespräch wird auch immer – und wohl zuerst – vom Unmittelbaren geprägt, auch wenn es nur dem phänomenologisch Suchenden erkennbar ist. Zuerst kommt der Leib, weil jeder zunächst spürend er selber ist. Und wir behaupten zudem: Wenn wir unseren Patienten gerecht werden wollen, dann müssen wir das Erforschen von objektiven Tatsachen sowohl durch induktives Streifen als auch durch deduktives Fragen nach der gespürten persönlichen Situation ausrichten. So müssen wir den subjektiven Tatsachen Geltung verschaffen – und das gelingt uns durch phänomenologisches Erspüren.

Diese subjektiven Tatsachen werden in den abendländischen, westlichen Theorien der Medizin in der psychischen Innenwelt versteckt. Dort sind sie eher durch spekulatives Fragen erkundbar und durch stark von Theorien geprägte Methoden beschreibbar (Psychoanalyse, Traumdeutung). Wenn wir eine psychische Innenwelt postulieren, dann schaffen wir auch einen Dualismus zwischen Körper und Psyche, der durch die Psychosomatik eher verstärkt wird. Der Kritiker der durch Schmitz geprägten Neuen Phänomenologie mag

einwenden, dass durch die Einführung des Leibes mit seiner leiblichen Dynamik ein neuer Dualismus eingeführt wird. Dieser Gegensatz löst sich aber auf, wenn wir erkennen, dass der Gegenstand der medizinischen Praxis das Lebewesen Mensch in seinem biologischen Sein ist. Nur, dessen Natur zur Gänze wird uns immer unergründlich bleiben, trotz allen wissenschaftlichen Fortschrittes. Die Natur wird uns in ihrer unerschöpflichen Kreativität immer wieder überraschen [11].

„Natur, die wir selber sind“

Wir müssen also beides können: Geschult sind wir in den Methoden, die diese Natur in ihrer Vielfalt beschneiden – dann definieren wir Faktoren, die wir beschreiben und erforschen können. Dieser Reduktionismus hat wesentlich zu den Fortschritten der modernen Medizin beigetragen. Er beraubt die Natur aber um ihre Lebendigkeit – und muss deshalb immer wieder ermahnt werden, auch in der praktischen Anwendung bescheiden zu bleiben, denn seine Methoden erlauben nur begrenzte Aussagen zu künstlich begrenzten Situationen.

Wir müssen lernen, uns auf die phänomenologische Vielfalt einzulassen. Dabei ändern wir die Perspektive, erlauben uns das leibliche Spüren. Der Leibphilosoph Gernot Böhme definiert Leib als „die Natur, die wir selber sind“ [12]. Diese Methode müssen wir üben, indem wir uns nicht auf unsere Sinne verlassen. Wir müssen üben, unser Suchen nicht nur von unseren Theorien und Modellen prägen zu lassen. Bewusstes phänomenologisches Spüren und induktives/deduktives kognitives Erforschen gehen nur im Wechsel – wenn wir leiblich spüren, können wir nicht gleichzeitig die Welt mit unserem Blick vermessen. Wenn wir die Welt reduzieren auf Werte, die von unseren Sinnen und Apparaten erforscht werden können, dann können wir den gemeinsamen Gefühlsraum, den wir mit unseren Patienten teilen, nicht bewusst erspüren. Unbewusst ist das leibliche Spüren in Gefühlen aufgenommen, angeregt zwischen Spannung und Schwelung, sich ausrichtend zwischen Problemen, Sachverhalten und Programmen immer da. Für den phänomenologisch Geschulten gilt: „Erst der Leib, immer der Leib“, dann ab und zu der Körper.

Lebendige Medizin

Wie können wir das phänomenologische Spüren üben? Ganz besonders durch leibliche Praxis, also durch Ausleben unserer Lebendigkeit: tanzen, laufen, schwimmen, lieben, faulzen, singen, malen, lesen und vieles mehr. An dieser Stelle kann mit Recht gefragt werden: Gibt es überhaupt eine nicht-leibliche Praxis? Unsere Antwort: Ja, Praxis ist immer zuerst leiblich, nur ist diese Praxis oft durch kognitives Erklären verdeckt. Unsere tägliche Erfahrung ist: Medizin, insbesondere in ihrer naturwissenschaftlichen Prägung schreibt den Gefühlen eine geringere Bedeutung zu als den Gedanken. Das Erklärbare wird als wichtiger eingeschätzt als das „nur“ Spürbare. Das Sichtbare (ein Röntgenbild, eine Ultraschalluntersuchung) und das Messbare (ein Laborwert) wird als bedeutsamer eingeschätzt als ein Gespräch.

Die langjährig tätige Hausärztin wird einwenden, dass sie sich schon immer bemüht hat, der Lebenswelt des Patienten Geltung zu verschaffen. Dazu gibt es ja auch bekannte literarische Beispiele, sei es aus der Welt des Landarztes [13] oder des neugierigen Neurologen [14]. Die Pioniere der medizinischen Entscheidungsfindung um McWinney [15] oder die Autoren um Pendleton [16] haben für den Konsultationsprozess schon früh die parallel laufenden Tagesordnungen beschrieben: die medizinische Agenda und die Agenda der Lebenswelt, die von den Ideen, Gedanken und Erwartungen der Patienten bestimmt ist. Lange sind gerade im skandinavischen Raum Methoden zur allgemeinmedizinischen Gesprächsführung entwickelt worden, die insbesondere mithilfe von „Schlüsselfragen“ das subjektive Krankheitsverständnis der Patienten erforschen [17, 18]. Diese sind besonders hilfreich, wenn der Patient medizinisch unerklärte Symptome präsentiert (Schwindel, chronische Schmerzen, Müdigkeit) [19]. Allen diesen Autoren ist gemeinsam, dass sie schon sehr früh im Konsultationsprozess davon ausgehen, dass der Arzt Hypothesen bildet – und so ist es auch in der Praxis. Unser Anliegen ist aber: Besonders am Anfang der Konsultation soll diese kognitive Leistung des Arztes verlangsamt werden und es soll ein Raum geschaffen werden für die unmittel-

telbaren Gefühle des Patienten und des Arztes.

In der medizinischen und psychologischen Theorie zu Gefühlen wurde diese in der psychischen Innenwelt verortet. Um sie wieder zugänglich zu machen, werden sie dann als Informationen beschrieben, die Einfluss auf unsere Entscheidungen nehmen. Auf eine dieser Theorien wird hier exemplarisch hingewiesen [20].

Das Schmitz'sche Alphabet des Gefühlsraumes und des Leibes bezieht dazu eine Gegenposition. Gefühle sind nach Schmitz Atmosphären, die uns ergreifen. Gefühle haben Richtungen: nach oben erleichternd, nach unten bedrückend. In diesem Gefühlsraum gibt es für ihn aber auch „reine Stimmungen“, also Gefühle ohne Richtung: entweder Zufriedenheit – als ruhiges Erfülltsein oder Verzweiflung als flache, unruhige Leere. Den Leib spüren wir in der Gegend unseres Körpers – er wird aber nicht durch den Körper begrenzt. Leibliches Spüren geht über diese Körpergrenzen hinaus – zur Veranschaulichung benutzt Schmitz das Erleben von Wetter – beim Einatmen kühler, erfrischender Luft oder beim Eintauchen ins Wasser – auch hier verlassen wir im Erleben den geometrischen durch Abstände definierten Raum und schaffen uns einen Erlebnisraum (Gefühlsraum). Schmitz macht es seinen Lesern nicht leicht, seine Begriffe unmittelbar zu verstehen – am schwierigsten ist dies in seinen komprimierten „kurzen“ Einführungen. Für den interessierten Leser sind dann noch die ausführlichen Bücher seines „Systems“ [8, 9, 21] am besten geeignet, um Zugang zu seinem Gedankengang zu bekommen. Auch im hohen Alter entwickelt Schmitz seine Theorien, insbesondere die des Gefühlsraumes weiter [22, 23].

An dieser Stelle können wir die kritische Rezeption von Jens Soentgen [24] empfehlen, der es schafft, das Schmitz'sche Werk verständlich zu beschreiben und gleichzeitig weiter zu entwickeln. Das gilt auch für einen Schüler Guido Rappe [25], der die zwischen Enge und Weite aufgespannte leibliche Dynamik um die Pole Lust und Unlust erweitert. Sehr eindrücklich ist auch der Tagungsband: „Zugang zu den Menschen“ [26]. Diesem ist auch eine kurze Einführung in die Neue Phänomenologie angefügt und ein Glossar der wichtigsten Begriffe.

Bleibt zu fragen: Welche Bedeutung haben diese Gedanken und Begriffe für die allgemeinmedizinische Praxis? Zur Veranschaulichung seien an dieser Stelle zwei Beispiele benannt.

Erstes Beispiel

Eine 80-jährige Patientin kommt ins Sprechzimmer. Sie wirkt überraschend verzagt. Wir kennen sie seit langem, vor einigen Wochen kam sie in die Praxis und klagte über Übelkeit, Druck hinter dem Brustbein und Appetitlosigkeit. Wir einigten uns, eine Magenspiegelung zu veranlassen. Diese wurde gemacht und eine erosive Gastritis mit einem ausgeprägten Befall mit *Helicobacter pylori* gefunden. In der darauffolgenden Konsultation erläuterte der Hausarzt, dass eine Eradikationsbehandlung helfen könne, und erklärte ausführlich, wie sie die Medikamente nehmen solle. Jetzt berichtet sie, dass sie sich nicht so recht getraut habe, so viele Tabletten am Tag zu nehmen und die ersten 10 Minuten der Konsultation vergehen mit einer erneuten Motivation und einer Wiederholung der Erklärung, wie die Medikamente zu nehmen seien. Beim Hausarzt bleibt ein ungutes Gefühl und er vermittelt das auch an die Patientin: „Ich bin jetzt nicht so sicher, dass das Problem mit der Behandlung gelöst ist – gibt es da noch was Wichtiges?“ Die Patientin berichtet jetzt unmittelbar von mehr als 35 Jahren, in denen sie unter Verstopfung leidet und dass sie seit dieser Zeit täglich Abführmittel nehme. Sie habe damals Krebs in der Gebärmutter gehabt. Der Hausarzt fragt die rüstige Frau: „Dann wäre es wohl sinnvoll, eine Darmspiegelung zu machen.“ Diesem Vorschlag stimmt die Patientin ohne nachzudenken zu. Sie bemüht sich selber um einen baldigen Termin und kaum zwei Wochen später steht die Diagnose fest: ein stenosierendes Sigma-Karzinom. Ohne Operation wäre es im Verlauf schnell zu einem Darmverschluss gekommen.

Diese Konsultation wurde per Video dokumentiert und Kollegen vorgeführt. Die Entscheidung, in dem konkreten Konsultationsverlauf vorzuschlagen, eine Darmspiegelung durchzuführen und nicht erst die Wirkung der Trippelbehandlung abzuwarten, wirkt für die Beobachter kaum verständlich, war aber für die Beteiligten (Arzt und Patientin) in der geteilten Atmosphäre unmittel-

bar einleuchtend. Der Hausarzt ist froh, seinem unmittelbaren Gefühl („hier stimmt was nicht, das Problem ist nicht fehlende Compliance, sondern etwas, was noch nicht verstanden ist ...“) gefolgt zu sein.

Zweites Beispiel

Eine junge, gerade 25-jährige Frau, betritt das Sprechzimmer. Hausarzt und Patientin begegnen sich zum ersten Mal. Die Patientin berichtet, dass sie seit heute morgen heftiges Erbrechen habe und sie nicht zur Arbeit gehen könne. Der Hausarzt stellt eine seiner Schlüsselfragen: „Welche Gedanken haben Sie sich denn gemacht, weshalb sie sich übergeben müssen.“ „Ja, ich glaube, dass es durch den Stress kommt, ich habe seit einer Woche eine neue Stelle, letzte Woche bin ich schon krank gewesen mit einer Erkältung – diese ist am Wochenende abgeklungen, aber nun eben das Erbrechen ...“ Patientin weiter: „Ich habe so was schon oft erlebt, vor Prüfungen, aber jetzt sei es doch sehr häufig aufgetreten.“ Arzt: „Ja, ich denke, dass dies eine naheliegende Erklärung sein kann und dass wir den lebendigen Körper nicht unterschätzen sollten. Der bekommt mehr von der Lebenssituation mit, als wir uns so vorstellen.“ Patientin: „Aber vielleicht sei es jetzt doch mal sinnvoll nachzuschauen, denn so eine psychische Erklärung wäre ja eher eine Ausschlussdiagnose.“ Der Arzt erwidert: „Das denke ich nicht. Weder die Magenspiegelung noch die Beschreibung Ihrer persönlichen Lebenssituation schaffen eine sichere Erklärung der Symptome. Jetzt geht es mehr darum herauszufinden, welcher Weg eher zu einer Besserung führen kann: die Untersuchung möglicher objektiver Tatsachen (mit einer Magenspiegelung) oder die Beschreibung der subjektiven Tatsachen (mit einem Gespräch darüber, was in erlebten Situationen Angst macht und einengt).“ Darüber will die Patientin nachdenken. Sie bekommt eine Krankschreibung für den aktuellen Tag.

Induktiv streifen in zwei Richtungen

Wir möchten mit diesem Beitrag einen Vorschlag machen, wie die Frage: „Doktor, ist das körperlich oder psychisch?“

so beantwortet werden kann, dass sie überflüssig wird. Bereits Merleau-Ponty [27] hatte einen Vorschlag zur Beantwortung dieser Frage, und seine Beiträge zum beseelten Körper haben vor allem die akademische Physiotherapie ange-regt [28]. In der Psychosomatik ist es vor allem Thure von Uexküll, der mit seiner „Integrierten Medizin“ [29, 30] eine Brücke schlagen wollte zwischen einem Körper ohne Seele und einer Seele ohne Körper. In der internationalen Literatur gibt es viele Beiträge zum „Embodiment“, die beschreiben, wie die Lebenswelt eines Menschen ihren körperlichen Ausdruck findet [31–34]. Aber hier werden unseren Erachtens zu schnell kognitive Modelle entwickelt, die dann nahtlos in die modernen Erkenntnisse der Neuro-Immunologie integriert werden können. Während Physiotherapeuten und Krankenpfleger durch ihren unmittelbaren Umgang mit dem Körper sinnliche leibliche Erfahrungen machen, sind wir Ärzte eher auf Modelle angewiesen, die diese Erfahrungen beschreibbar machen.

Sebeoks Begriff des abduktiven Denkens ist ein solches Modell. Wir halten jedoch den Begriff für wenig beschreibend und hilfreich. Ebenso glauben wir nicht, dass die Metapher von Sherlock Holmes diese Denkweise richtig beschreibt. Für uns ist Sherlock Holmes eher der Meister des induktiven kognitiven Denkens. Darin bestärkt uns auch Soentgen, wenn er dem Detektiv Holmes emotionale Kompetenz abstreitet [24]. Ansprechender ist der Vorschlag von Guido Rappe, der sagt, dass „induktives Denken auf zwei Arten möglich ist: als Evokation und als Emanzipation – einmal hin zu den Gefühlen und die unmittelbare Ergriffenheit aushaltend und beschreibend und dann weg von den Gefühlen, sich von ihnen distanzieren und *personal emanzipieren*“ [25]. Intuition ist dann auch auf zweierlei Art möglich: nach Schmitz sich auf die „vielsagenden Eindrücke“ einlassend und daraus geleitet „ganzheitlich“ entscheiden oder sich emanzipierend, die Komplexität reduzierend, eher analytisch wirk-same Heuristiken finden, die eine Entscheidung möglich machen [6, 7]. Durch dieses induktive Streifen in zwei Richtungen wird kein neuer Dualismus geschaffen, wenn es als ein dialogischer Prozess verstanden wird: aufgespannt zwischen den Extremen des „reinen

Fühlens“ und „reinen Denkens“, eigentlich aber immer schwingend, die eigene Fassung suchend, als leiblicher Prozess. Für uns ist dies dann kein vornehmlich philosophisches Anliegen, sondern ein existenzielles und die Frage beantwortendes: Wo bleiben Arzt und Patient als Person?

Letztlich geht es darum, die persönliche Situation des Patienten zu verstehen. In der persönlichen Situation drückt sich die chaotische Mannigfaltigkeit aus. In der persönlichen Situation wirken die Gefühle als geteilte Atmosphären – geteilt, da uns die Patienten im Sprechzimmer einladen, diese Atmosphären auch auf uns als Ärzte wirken zu lassen. Sie laden uns ein, an ihrem „Seelenleben“ teilzunehmen, aber nicht mit dem diagnostischen Blick in ihr Inneres, sondern als erlebende Person in ihrer Gefühlswelt. Allgemeinmedizinische Forschung hat uns gezeigt, dass dies auch ohne eine explizite phänomenologische Theorie möglich ist [18, 19]. Diese Kunst und Wissenschaft des klinischen Wissens muss aber immer wieder auf den selbstkritischen Prüfstand gestellt werden [35].

Was ist also das Besondere an der neu-phänomenologischen Herangehensweise?

Das unmittelbare Spüren und Verstehen findet immer statt: Der Patient erspürt, ob es heute eine gute Gelegenheit ist, von den demütigenden Erfahrungen aus dem Berufsleben zu erzählen. Der Arzt erspürt, dass etwas Gefährliches im Raum steht, das noch nicht beschrieben ist. Unser Anliegen ist es, dieses Spüren und Verstehen des Arztes öfter in den Vordergrund zu rücken. Hier kann mit Recht gefragt werden: Wie kann man erkennbar machen, ob der reflektive Prozess kognitiv oder erspürt war? Unterscheidet sich dieses „Spüren“ von eher kognitiv geprägten Formen allgemeinmedizinischer Heuristiken? Oder ist dies eher ein philosophisches Anliegen?

Die Phänomenologie als eine Methode des Philosophierens will den Phänomenen so begegnen, dass sie nicht verfälscht werden. Hauptursachen der „Fälschung“ sind die Meinungen, die wir parat haben aufgrund der Probleme, Sachverhalte und Programme, die wir bereits aus der Vergangenheit persönli-

cher Situationen für das Kommende ausgemacht haben. Heuristiken sind Faustregeln, mit denen wir bewusst oder unbewusst Probleme erkennen, benennen und lösen. Verzichten können wir auf diese Regeln und Handlungsanweisungen nicht – auch wenn diese immer die Möglichkeit haben, uns auf eine falsche Fährte zu schicken. Die phänomenologische Methode ist eine Sammlung von Heuristiken, mit denen wir den Phänomenen so begegnen, dass sie möglichst unverfälscht bleiben. Der Erfolg dieser Anstrengung lässt sich nicht messen, sondern wird im Erleben von Erneuerung, Staunen, Überraschung, Unverständnis und anderen Gefühlen angenommen. Die Neue Phänomenologie von Hermann Schmitz findet Heuristiken, die Wege finden, mit denen wir dem Phänomen „Leibsein“ unvoreingenommen begegnen können und dabei Tatsachen (subjektive Tatsachen) feststellen können. Diese Methode ist aus unserer Sicht gerade für Mediziner hilfreich, um nicht voreingenommen und voreilig zu handeln – birgt aber auch die Gefahr, vor lauter Betroffenheit, handlungsunfähig zu werden.

Das phänomenologisch geprägte unmittelbare Spüren hat dann Konsequenzen für unsere Aufmerksamkeit: Welche Regungen bei den Patienten oder bei mir als Arzt habe ich bemerkt? Welche vergangenen und welche zukünftigen persönlichen Situationen des Patienten sind zur Sprache gekommen? Was ist eigentlich der Auftrag des Patienten?

Ihm geht es letztlich gar nicht um die Frage: Ist das körperlich oder psychisch? Er möchte wissen: Ist das lebensbedrohlich oder nicht? Wie kann ich das ändern, sodass ich mich wieder entfalten kann? Er möchte erst mal als Person wahrgenommen werden. Die Menschen kommen ja auch oft zu uns in Situationen, in denen sie persönlich betroffen sind, die sie erschüttert haben, die sie fassungslos machen.

Die existenzielle Natur ist ja auch nicht immer harmonisch oder liebevoll, sondern manchmal voller Tücken, schädigender Zufälle und krankmachender Situationen [36]. Wir können die Natur, die wir selber sind, nicht kontrollieren. Krankheit und Tod gehören zu dieser Natur – der „Mensch ist nicht Herr im eigenen Haus“ (Sigmund Freud), aber er kann seiner persönlichen Situation sei-

Harald Kamps ...

... geb.1951, Studium in Bonn. Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen. 1982–2002 Allgemeinmediziner in Norwegen und Universitätslektor an der Universität Trondheim. Seit 2005 niedergelassener Hausarzt in Berlin-Lichtenberg.

ne Prägung geben. Nur: Im Gespräch zwischen Patient und Hausarzt ist der Körper im Zentrum des Interesses. Die herrschende medizinische Theorie verführt Arzt und Patient dazu, Symptome auf ein Organ zu beziehen und dann oft potenziell krankmachende und auf Abwege führende Untersuchungen zu veranlassen, um dann am Ende die Diagnose einer „somatoformen Störung“ zu stellen. Der Körper, der wir zugleich sind, in seiner chaotischen Mannigfaltigkeit wird unsichtbar. Die deutsche Sprache bietet für diesen existenziellen Körper das Wort „Leib“ an. Dieses vielleicht altmodisch klingende Wort „Leib“ macht das Gespräch zwischen Arzt und kranker Person wieder lebendig. Es wird Platz geschaffen für die erlebten Widerwärtigkeiten des Lebens, die Glücksmomente und auch die Traurigkeit, die uns allen widerfährt. Erst jetzt wird der sogenannte mündige Patient zur mündigen Person. In seiner Rolle als Patient, definiert durch körperliche Krankheiten, bleibt er dem Arzt unterlegen: Schließlich ist der Arzt der Experte. Aber als mündige Person hat er Anspruch auf die volle Aufmerksamkeit des Arztes. Der Arzt muss dafür eine Atmosphäre des Vertrauens schaffen. Es wird eine – im besten Fall – heilsame Atmosphäre geschaffen.

Hierzu kann eine phänomenologische Perspektive beitragen: Für einige klinische Fragestellungen ist dies bereits

in Ansätzen geleistet: zum Beispiel bei Menschen mit Diabetes [37], mit chronischen Schmerzen [38] oder bei psychiatrischen Fragestellungen [39]. Die praktische Anwendung in der Hausarztmedizin steht noch aus.

Ständiger Perspektivenwechsel

Das hausärztliche Gespräch wird immer den Doppelcharakter haben: Einmal geht es um die leibliche Existenz, die auch immer den Beziehungsmodus prägt und die auch oft den Ausgang des Gesprächs prägt – für Patient und Arzt. Es werden für Arzt und Patient subjektive Tatsachen geschaffen, die beim Patienten im besten Fall therapeutisch heilsam wirken und beim Arzt das Gefühl zurücklassen, an einem bedeutsamen Gespräch teilgenommen zu haben, oder aber auch das frustrierende Gefühl, den Kern der existenziellen Not nicht erfasst zu haben.

Gleichzeitig geht es um die objektiven Tatsachen der naturwissenschaftlichen Medizin, die sich mit der evidenzbasierten Medizin eine anerkannte Methode erarbeitet hat. Für die dialogbasierte Medizin der subjektiven Tatsachen müssen die Begriffe weiter konkretisiert werden: durch Fallberichte, in denen die Begriffe der Neuen Phänomenologie erprobt werden; durch Qualitäts-

zirkel/Balint-Gruppen oder Gruppen, die mit der reflektierten Kasuistik [30] arbeiten. In diesen Gruppen könnten wir auch Methoden benutzen, die eher unsere Gefühle ansprechen, als unsere kognitiven Modelle – Ausgangspunkt solcher Gespräche könnten zum Beispiel Bilder von typischen und herausfordernden Situationen im hausärztlichen Alltag sein [40]. Es wäre auch hilfreich, Konsultationen mit Video zu dokumentieren, um mehr von der Lebendigkeit eines ärztlichen Gesprächs mitzubekommen. Noch hilfreicher wäre es, die Konsultationen eines Kollegen beim Hospitationsbesuch direkt mitzuerleben. Wir können auch therapeutische Interventionen ausprobieren, die auf der Erkenntnis basieren, dass Gefühle räumlich sind: Im „sozialen Panorama“ können wir Patienten bitten, die wichtigsten Bezugspersonen oder auch die vordringlichen Probleme im Raum zu platzieren – und gerne zu verändern, um zu sehen, ob sich das erleichternd anfühlt [41]. Dann sollten wir eine Sprache entwickeln, auch eine diagnostische Sprache, die die subjektiven Tatsachen der persönlichen Welt der Patienten als gültig anerkennt, damit sich der Hausarzt öfter vom vermessen(d)en Menschen mit all seinen nicht eingehaltenen Normwerten abwenden und sich stattdessen der Person mit all ihren Eigenheiten zuwenden kann.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Harald Kamps
Möllendorffstr. 45
10367 Berlin
Tel.: 030 57797490
info@praxis-kamps.de

Literatur

1. Donner-Banzhoff N, Gaissmeier W, Bösner S, et al. Induktives Streifen: ein Beitrag zur Diagnose in der Allgemeinmedizin. 47. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. München: 2013
2. Sturm E, Bahr O, Dieckhoff D, Göpel E, Sturm M (Hrsg.). Hausärztliche Patientenversorgung. Konzepte-Methoden-Fertigkeiten. Stuttgart: Thieme, 2006
3. Kamps H, Harms D. Die medizinische Theorie passt auf zwei Bierdeckel. *Z Allg Med*, 2010; 86: 140–143
4. Sebeok T, Sebeok JU. You know my method: a juxtaposition of Charles S. Peirce and Sherlock Holmes. In: T. Sebeok (Ed.). *The play of musement*. Bloomington, Indiana University Press, 2009: 17–52
5. Gigerenzer G. Risiko: Wie man die richtigen Entscheidungen trifft. Bielefeld: Bertelsmann, 2013
6. Gigerenzer G. Bauchentscheidungen: Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition. München: Goldmann, 2008
7. Wegwarth O, Gaissmaier W, Gigerenzer G. Smart strategies for doctors and doctors-in-training: heuristics in medicine. *Med Educ* 2009; 43: 721–8
8. Schmitz H. Der Gefühlsraum. System der Philosophie III, Teil 2. Bonn: Bouvier, 2005

9. Schmitz H. Der Leib. Grundthemen Philosophie. Berlin, Boston: De Gruyter, 2011
10. Schmitz H. Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik. 3. erweiterte Aufl. Bielefeld: Aisthesis, 2008
11. Weber A. Alles fühlt. Mensch, Natur und die Revolution der Lebenswissenschaften. Berlin: Bloomsbury, 2007
12. Böhme G. Leibsein als Aufgabe. Leibphilosophie in pragmatischer Hinsicht. Kusterdingen: Die Graue Edition, 2003
13. Berger J, Mohr J. Geschichte eines Landarztes. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch, 2003
14. Sacks O. Der Tag, an dem mein Bein fortging. Rowohlt, 2009
15. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract* 1986; 3: 24–30
16. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Have-lock P. The New Consultation. Developing doctor-patient communication. Oxford: Oxford University Press, 2003
17. Malterud K. Key questions – a strategy for modifying clinical communication. Transforming tacit skills into a clinical method. *Scand J Prim Health Care* 1994; 12: 121–7
18. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001; 358: 397–400
19. Malterud K. Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. *Fam Med* 2000; 32: 603–611
20. Schwarz N. Feelings-as-Information Theory. 2010. http://people.ict.usc.edu/~gratch/CSCI534/schwarz_feelings-as-information_7jan10.pdf. (letzter Zugriff am 24.05.2014)
21. Schmitz H. Die Person System der Philosophie. Vol. IV. Bonn: Bouvier, 2005
22. Schmitz H. Die Weltspaltung und ihre Überwindung. Rostocker Phänomenologische Manuskripte, Hrsg M. Großheim. Vol. 14. Rostock: Universität Rostock, 2012
23. Schmitz H. Die Liebe. Bonn: Bouvier, 2007
24. Soentgen J. Die verdeckte Wirklichkeit. Einführung in die Neue Phänomenologie von Hermann Schmitz. Bonn: Bouvier, 1998
25. Rappe G. Leib und Subjekt Phänomenologische Beiträge zu einem erweiterten Menschenbild. Bochum, Freiburg: projekt verlag, 2012
26. Becker H (Hrsg.). Zugang zu den Menschen. Angewandte Philosophie in zehn Berufsfeldern. Freiburg/München: Verlag Karl Alber, 2013
27. Merleau-Ponty M. Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin/Boston: De Gruyter, 2011
28. Thornquist E. Musculoskeletal suffering: diagnosis and a variant view. *Sociol Health Illness* 1995; 17: 166–192
29. Uexküll T v, Wesiack W. Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1998
30. Uexküll T v, Geigges W, Plassmann R. Integrierte Medizin. Modell und klinische Praxis. Stuttgart: Schattauer, 2002
31. Aho KA. Depression and embodiment: phenomenological reflections on motility, affectivity, and transcendence. *Med Health Care Philos* 2013; 16: 751–9
32. Benner P (Ed.). Interpretive phenomenology: embodiment, caring, ethics in health an illness. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage, 1994
33. Gibbs RW. Embodiment and cognitive science. Cambridge: Cambridge University Press, 2006
34. Kirkengen AL. Inscriptions of violence: societal and medical neglect of child abuse – impact on life and health. *Med Health Care Philos* 2008; 11: 99–110
35. Schön D. Reflective Practitioner: How Professionals Think in action. Basic Books, 1982
36. Böhme G. Ethik leiblicher Existenz. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2008
37. Burger W. Der Beitrag der Neuen Phänomenologie zum Verständnis chronischer Krankheit. Überlegungen und Erfahrungen am Beispiel des Diabetes mellitus. Rostocker Phänomenologische Manuskripte, Hrsg M. Großheim. Vol. RPM 15. Rostock: Universität Rostock, 2012
38. Kreikenbaum E. Was tun mit Schmerz? Eine phänomenologische Analyse. Rostocker Phänomenologische Manuskripte, Hrsg. M. Großheim. Vol. RPM 18. Rostock: Universität Rostock, 2013
39. Jacob R. Psychiatrie ohne Psyche. In: Becker H (Hrsg.) Zugang zu den Menschen. Angewandte Philosophie in zehn Berufsfeldern. Freiburg/München: Verlag Karl Alber, 2013: 152–176
40. Lid TG, Eraker R, Malterud K. „I recognise myself in that situation...“ Using photographs to encourage reflection in general practitioners. *BMJ* 2004; 329: 1488–90
41. Derks L. Das Spiel sozialer Beziehungen. NLP und die Struktur zwischenmenschlicher Erfahrung. Stuttgart: Klett-Cotta, 2000



NEU: ZFA auf Smartphone und Tablet

Die Online-Ausgabe der ZFA (<https://www.online-zfa.de/>) ist nun auch auf allen mobilen Endgeräten gut lesbar. Es handelt sich um eine Browser-Version mit responsivem Webdesign. Die Darstellung passt sich an die Bildschirmauflösung des mobilen Endgeräts an.

So haben Sie immer und überall Zugriff auf alle Inhalte.