

Der Ertrag der Neuen Phänomenologie für die Psychosomatische Medizin*

Wolf Langewitz, Prof. Dr. med., Leitender Arzt Abteilung Psychosomatik/Innere Medizin, Universitätsspital Basel, Schweiz

Einleitung

Zunächst muss geklärt werden, mit welchem Verständnis von „Psychosomatischer Medizin“ in diesem Beitrag gearbeitet wird. Diese Bestimmung ist notwendig, da Psychosomatische Medizin ein Identitätsproblem hat; während andere Fachgebiete sich über ihr Klientel definieren (z. B. die Pädiatrie oder die Geriatrie), andere über die bevorzugte Tätigkeit, die sie an Patienten und Patientinnen verrichten (z. B. Anästhesie oder Nuklearmedizin), wieder andere sich einer bestimmten anatomischen Struktur oder physiologischen Systemen verschrieben haben (z. B. Dermatologie oder Kardiologie), ist die psychosomatisch tätige Ärztin in all diesen Gebieten zu Hause. An die Stelle der Definition über ein *Tätigkeits-Feld* tritt eine Definition, die eine bestimmte Art des Vorgehens und des fachlichen Denkens zum Inhalt hat. Psychosomatische Medizin versteht sich als Ergänzung, nicht als Alternative, zu einer Medizin, die dem biomedizinischen Modell verpflichtet ist. Lücken des biomedizinischen Modells finden sich vor allem bei der Betreuung von Menschen mit chronischem Leiden oder in der Beantwortung der Frage, bei welchen Patienten z.B. ein akutes Schmerzereignis in eine chronische Schmerzkrankheit übergeht (Langewitz, 2005; Wade et al., 2004).

Psychosomatische Medizin wurde in der Tradition von Thure von Uexküll aus einem bestimmten Menschenbild heraus bestimmt, das die Haltung des Arztes und sein Vorgehen im Kontakt mit Patienten prägt. Das erste Kapitel des Standardlehrbuchs der Psychosomatischen Medizin (T. von Uexküll et al., 2003) zeigt, aus welchen „Bausteinen“ das psychosomatische Denken von Uexküll und seinen Schülern besteht. Zentral sind die Arbeiten seines Vaters Jakob von Uexküll, der mit den Modellen des Funktionskreises und des Situationskreises den Menschen als ein Lebewesen portraitiert, das sich nicht in einer positiv zu definierenden Umgebung findet, sondern aus dieser durch Auswahl momentan relevanter Elemente seine jeweils gültige Umwelt konstruiert (J. von Uexküll, 1993). In diesen Grundlagen der theoretischen Biologie Jakob von Uexküll's klingen Bezüge an zum Konstruktivismus und zur Semiotik. Realität ist nicht schlicht da, sondern wird konstruiert, Objekte als Elemente einer äusseren oder inneren Wirklichkeit haben nicht per se eine bestimmte Bedeutung, sondern erhalten sie im triadischen Zeichensystem von Charles Sanders Peirce (1839-1914) dadurch, dass sie ein Zeichen initiieren, das im Geist des Beobachters ein weiteres Zeichen auslösen, das Peirce den Interpretanten nennt (Peirce, 1931-1935, Vol 2, §228):

A sign or representamen is something which stands to somebody for something in some respect or capacity. It addresses somebody, i.e., it creates in the mind of that person an equivalent sign, or perhaps a more developed sign. That sign which it creates I call the interpretant of the first sign. The sign stands for something, its object.

Attraktiv war dieses Modell vor allem aus zwei Gründen:

* In Michael Großheim (Hg.), Neue Phänomenologie zwischen Praxis und Theorie. Festschrift für Hermann Schmitz, Freiburg/München 2008: S. 126-140

- es liefert eine Erklärung dafür, warum Patienten und Patientinnen mit ähnlichen Beschwerden und Einschränkungen ganz unterschiedliche Verhaltens- und Erlebensweisen zeigen,
- es zeigt nach Ansicht seiner Vertreter einen Weg auf, den Leib-Seele Dualismus zu überwinden: wenn zwischen Innen- und Aussenwelt eines Individuums, wenn innerhalb von funktionellen biologischen Systemen immer nur Zeichen ausgetauscht werden, dann sind diese Prozesse nicht mehr unterscheidbar, dann ist ein Dualismus überflüssig.

Problematisch wird dieses Modell nicht nur aus philosophischen Erwägungen, die Hermann Schmitz an mehreren Stellen in seiner Auseinandersetzung mit Jakob von Uexküll und Thure von Uexküll festgehalten hat (z.B. Schmitz, 1997, pp. 106-107; Schmitz, 1998, p. 255, 1999, p. 61), sondern auch dann, wenn Patienten nicht mit einzelnen Beschwerden Hilfe suchen, sondern ein vages und in vielen Farben changierendes Leid präsentieren, das sich auf einzelne Elemente nicht reduzieren lässt. In meinem Beitrag wird es weniger um eine philosophische Widerlegung der semiotischen Position oder um eine Auseinandersetzung mit naturwissenschaftlichen Annahmen gehen, dies ist bei H. Schmitz l.c. nachzulesen. Sondern es geht darum zu zeigen, welchen Gewinn psychosomatische Medizin aus dem Denken der Neuen Phänomenologie ziehen könnte. Dabei möchte ich folgende Aspekte getrennt behandeln:

- Anwendungen des Situationsbegriffes in der ärztlichen Gesprächsführung
- Unterscheidung zwischen leiblichen und körperlichen Phänomenen bei Patienten mit multiplen, medizinisch nicht erklärbaren Symptomen
- Zum Begriff der vielsagenden Eindrücke und der Entscheidungsfindung in der Medizin

Anwendungen des Situationsbegriffes in der ärztlichen Gesprächsführung

Studierende der Medizin lernen, aus den manchmal vagen Angaben der Patienten möglichst konkrete Fakten zu destillieren, die sich in eine je nach Fachgebiet unterschiedlich definierte Taxonomie einordnen und in konkretes Handeln umsetzen lassen.

Patient: „Irgendwie fühl' ich mich in letzter Zeit schlecht. Mir geht's nicht gut!“
 Studentin: „Ja, tut es denn irgendwo weh?“ Oder: „Gibt es einen Auslöser?“ Oder: „Wann hat das denn angefangen?“

In jeder dieser Fortsetzungen wird die Hoffnung deutlich, der Patient könne genauere Angaben machen, die das ärztliche Denken und Handeln möglichst schnell auf geordnete Bahnen lenken. Dieses Vorgehen resultiert aus der Befürchtung eine akute Erkrankung zu verpassen, vor deren Folgen der Patient nur durch energisches Zupacken zu schützen wäre. Das Bemühen aus diffusen Angaben brauchbare, damit also zum Handeln zu gebrauchende Hinweise zu schöpfen, ist nachgerade reflexartig; es vollzieht sich eine Zuspitzung der Gesprächssituation auf einen potentiellen Notfall hin. Wenn zutrifft, dass gesamthaft in der Medizin nur ca. 3 – 5% der Kontakte in irgendeiner Weise in eine Notfallbehandlung einmünden, dann wird ein Modell praktiziert, das der Realität nicht entspricht. Es hat allerdings den Vorteil, möglichst schnell die so genannten Red Flags zu identifizieren, die z. B. darauf verweisen, dass u.a. nächtliche Bauchschmerzen oder *neu aufgetretene* Änderungen der Stuhlgewohnheiten als Hinweise auf ein Krebsleiden im Darm interpretiert

werden müssen, die invasiv abgeklärt werden müssten (Fass et al., 2001). Leider gibt es nur für wenige unspezifische Beschwerden gut definierte Warnsymptome, mit denen sich eine akute Erkrankung identifizieren liesse. Daher stellt sich immer wieder die Frage, ob die Ärztin ihr Gesprächsverhalten auf eine Konstellation oder eine Situation ausrichten sollte.

Gesprächsformen in Konstellationen und Situationen

Diesen beiden Bereichen lassen sich m. E. typische Kommunikationstechniken problemlos zuordnen: Geschlossene Fragen, die mit Mengenangaben oder Zustimmung und Ablehnung beantwortet werden, generieren einzelne Fakten, von denen Schichten zusätzlicher Bedeutung abgeschält werden. Typische Beispiele sind: „Haben Sie Fieber? Wie oft müssen Sie nachts Wasser lassen? Seit wann haben Sie Gewicht verloren? Und wie viel?“ Solche geschlossenen Fragen überwiegen z. B. auf der Stationsvisite einer Inneren Medizin, nicht nur bei Ärzten, sondern auch bei Pflegenden und Patienten (Weber et al., 2007).

Offene Fragen lassen sich eher dem Arbeiten in Situationen zuordnen, sie haben oft weniger einen eigentlichen Frage- als vielmehr einen Einladungscharakter. „Was gibt es denn sonst noch so...? Wie geht es Ihnen eigentlich in den letzten Monaten ...?“ wären typische Beispiele, die dem Patienten einen Erzählraum öffnen, den er nach eigenem Gutdünken mit Inhalt füllen kann. Nicht nur auf der Stationsvisite, auf der meistens kein akutes Geschehen (mehr) aufgeklärt werden muss, sondern ein gemeinsames Verständnis vom Verlauf etabliert werden sollte, überwiegen geschlossene Fragen; noch deutlicher wird dies bei Erstgesprächen zwischen Patient und Arzt: Hier zeigte sich, dass auf 7219 geschlossene Fragen des Arztes 942 offene Fragen kommen (Langewitz et al., 2003). Selbstverständlich ist es in der heutigen Zeit nicht möglich, Arzt-Patient-Gespräche nach dem Modell eines freien Diskurses am Feierabend durchzuführen, sondern es bedarf strukturierender Aktionen, um den freien Raum, den z. B. offene Fragen oder auch das Abwarten der Ärztin bei ungeteilter Aufmerksamkeit auf den Patienten zur Verfügung stellen, zu bemessen. Aus diesem Grund propagieren wir das explizite Offenlegen der strukturellen Rahmenbedingungen (Langewitz et al., 2004): Am Anfang eines Gesprächs mit einer neuen Patientin sollte die Ärztin auf jeden Fall die zeitlichen Limiten offen legen, damit die Patientin sich orientieren kann und weiss, wie viel Raum ihr zur Verfügung steht. Bei wiederholten Konsultationen sollte die Ärztin zu Beginn des Gespräches offen deklarieren, welche Themen sie selbst behandeln will und in Erfahrung bringen, mit welchen konkreten Anliegen die Patientin heute in die Sprechstunde gekommen ist.

Es ist hoffentlich plausibel, dass Denken und Arbeiten in einer *Situation* mit einer engen Gesprächsführung durch den Arzt oder mit sehr präzisen, prosaischen Antworten einer Patientin nicht zu erreichen ist. Beide Seiten müssten sich auf das – zumindest in der Medizin – instabile Terrain der poetischen Explikation begeben, bei der

hinter einem dünnen, aber passend und treffend gewebten Schleier beredeter Sachverhalte, Programme und Probleme die ungebrochene Ganzheit der Situation mit der binnendiffusen Fülle ihrer Bedeutsamkeit [durchscheint] (Schmitz, 2003, p. 264).

Eine solche farbige und weniger einengende Begrifflichkeit widerspricht allerdings den Gepflogenheiten der medizinischen Rede in der täglichen Praxis und in den medizinischen Fachzeitschriften.

Die typische Dichotomie ärztlicher Gesprächsführung in Arzt- versus Patienten-zentrierte Gesprächsführung beschreibt m. E. nur eine Polarität, die vor allem den technischen Gesprächscharakteristika, die in Kommunikationstrainings vermittelt werden, Rechnung trägt. Was dabei auf der Strecke bleibt, ist die Unterscheidung von Situation und Konstellation. Auch das Öffnen des Raums, z. B. durch Abwarten und offene Fragen, muss nicht notwendig

Arzt und Patient in eine gemeinsame Situation einbinden, sondern ist durchaus geeignet, wiederum einzeln zu benennende Befunde zu generieren. Die besondere Schwierigkeit in der ärztlichen Gesprächsführung scheint darin zu bestehen, Patienten dazu zu helfen, in einer *Situation* zu bleiben und nicht dem tradierten Rollenmodell von Arzt und Patient zu folgen und (vorschnell) konkret zu werden.

Ein Gesprächsstil, bei dem die Ärztin den Patienten in Konstellationen führt, generiert objektive Tatsachen, die jedermann aussagen kann, wenn er ausreichend sprachbegabt und bei Sinnen ist. Das Öffnen des Raumes bietet die Chance, auch subjektive Tatsachen ins Spiel zu bringen, die jemand bestenfalls im eigenen Namen äussern kann.

In meiner Erfahrung brauchen Patienten und Patientinnen die Unterstützung des Arztes, der an praktischen Beispielen den Schmitz'schen Situationsbegriff erklärt. Diese finden sich reichlich in den Schriften von Hermann Schmitz und sind im Prinzip einfach zu vermitteln. Gerade die impressiven Situationen, in denen sich schlagartig eine gewisse Orientierung angesichts einer überraschenden Wendung einstellt, sind jedem Menschen zugänglich.

Exkurs über das Kommunizieren von schlechten Nachrichten

In den letzten Jahren sind mehrere empirische Arbeiten publiziert worden, in denen Krebspatienten gefragt wurden, wie sie über ihr Tumorleiden am liebsten aufgeklärt worden wären, resp. welche Empfehlungen sie onkologisch tätigen Ärzten und Ärztinnen mit auf den Weg geben würden (Hagerty et al., 2005; Kaplowitz et al., 2002; Mack et al., 2006; Parker et al., 2001). Aus diesen Arbeiten lässt sich ein für Kommunikationsexperten überraschendes Fazit ziehen: Patienten schätzen in erster Linie ein ärztliches Gegenüber, das möglichst kompetent und umfassend informiert; die Bedeutung empathischen Verhaltens hat nur eine untergeordnete Bedeutung. Vorstellbar ist allerdings, dass Patienten, die in Interview- oder Fragebogenstudien wünschenswertes Arztverhalten beschreiben, Faktoren ausblenden, die Bestandteil der gemeinsamen Gesprächs-Situation sind und sich einzeln nur schwer explizieren lassen. Damit sind diese Ergebnisse „Konstellations-lastig“ und ignorant in Bezug auf die Kontextbedingungen, in die ein solches Gespräch eingebettet ist. Gerade beim Vermitteln von Informationen stellt sich für den Arzt die Frage, wie er die Menge an Information bemessen soll und mit welcher Präzision Zahlen gewünscht werden, wenn es z. B. um das mittlere Überleben bei Therapie A versus Therapie B geht. Hier lassen sich allgemeingültige Regeln, die über triviale Ratschläge wie das Vermeiden von Fachjargon hinausgehen, nicht formulieren. Ein Arzt, der die Diagnose einer chronischen Krankheit übermitteln muss, steht vielmehr vor der Aufgabe ein Gespür für das *Zuviel* und das *Genug* von Information zu entwickeln. Neben den möglicherweise beobachtbaren Anzeichen wie Abwenden des Blickes oder Nesteln an der Kleidung, die Überforderung und Beunruhigung anzeigen könnten, gibt es auch vage und in erster Linie wohl leiblich zu beschreibende Phänomene, die es zu beachten gilt: Ähnlich wie bei einem Krankenbesuch verdichtet sich womöglich irgendwann der Eindruck, es sei jetzt genug, in diesem Beispiel gleichbedeutend mit: „Ich glaube, es ist jetzt Zeit zu gehen!“ und bei der Vermittlung von Information im Sinne von: „Ich habe den Eindruck, das ist jetzt genug für heute...?“. Dieses Gespür für das rechte Mass ist m. E. ein Phänomen, das häufiger über das Denken und Wahrnehmen in *Situationen* vermittelt wird, als durch die sorgfältige Analyse einzelner verbaler und non-verbaler Verhaltenssignale.

Zu hoffen ist, dass durch die Vermittlung der Unterschiede zwischen Situationen und Konstellationen an Medizinstudenten und praktizierende Ärzte eine neue Polarität in das Arzt-Patient-Gespräch eingeführt wird, die es beiden Seiten erlauben sollte, die eigene Position sorgfältiger zu definieren und die des anderen präziser wahrzunehmen.

Zur Unterscheidung von leiblichen und körperlichen Phänomenen bei Patienten mit multiplen, medizinisch nicht erklärbaren Phänomenen

Patienten und Patientinnen mit ‚multiple unexplained symptoms‘ sind dadurch charakterisiert, dass sie Symptome beklagen, für die man keine oder nur unzureichende biomedizinische Ursachen findet. Sie bilden wahrscheinlich einer der grössten Patientengruppen in der Praxis des niedergelassenen Arztes und in den Ambulanzen von Spitälern (Smith et al., 2007). Die gängigen therapeutischen Verfahren, die bei Patienten und Patientinnen mit multiplen nicht-erklärbaren Beschwerden zum Einsatz kommen, lassen sich in der Schmitz'schen Terminologie den Konstellationen zuordnen: Einzelne Komponenten des Beschwerdebildes werden mit den ihnen zugeordneten Erklärungskonzepten aus dem allgemeinen Unwohlsein der Betroffenen herausgelöst und gezielt verändert. Kognitive Verhaltenstherapie ist dabei das am besten untersuchte einzelne Verfahren, das bei einem Teil der Patienten tatsächlich gute Ergebnisse zeigt (für eine Übersicht siehe: Henningsen et al., 2007). Dieses Vorgehen sei am Beispiel eines Profi-Sportlers illustriert, der trotz maximaler Leistungsfähigkeit an der körperlich fokussierten Angst leidet, sein Herz könnte versagen und er einen plötzlichen Herztod erleiden. In der ersten Stunde lassen sich kaum einzelne Wahrnehmungen isolieren, die dieser spezifischen Befürchtung zugrunde liegen könnten, so dass der Eindruck einer zwar auf ein Organ bezogenen, letztlich aber auf vagen ängstigenden Eindrücken beruhenden Angststörung entsteht. Der Patient wird mit der Bitte entlassen, sich Augenblicke zu merken und gfs. zu protokollieren, in denen er spezifische Wahrnehmungen hat, die ihn ängstigen.

In der zweiten Stunde gelingt es so, aus dem eher vagen und allumfassenden Verunsicherungsgefühl eine einzelne Beobachtung herauszulösen, die mit einem spezifischen Erklärungskonzept verknüpft ist: Er habe bemerkt, dass sein Herz so unregelmässig schlagen würde und sei darüber sehr erschrocken. Auf die Bitte, diesen unregelmässigen Herzschlag durch Klopfen auf der Tischplatte hörbar zu machen, klopft er einen Rhythmus, der sehr stark an die respiratorische Arrhythmie erinnert: Eine Beschleunigung des Herzschlags mit der Inspiration und ein plötzlicher Wechsel auf eine langsamere Frequenz mit Beginn der Expiration. Ich demonstriere die Koppelung des Herzschlags an die Atmung an meinem eigenen Puls, den der Patient fühlt, während ich im 10 Sekundenrhythmus atme. Durch die Beobachtung meiner Atembewegungen und die synchronen Pulsveränderungen wird dem Patienten klar, dass Atmung- und Herzfrequenz-Variabilität aneinander gekoppelt sind, so dass ein zunächst verwirrendes körperliches Phänomen den Aspekt von Normalität erhält. Im letzten Schritt geht es um die Frage, ob diese Atem-gekoppelten Pulsschwankungen ein Zeichen von Gesundheit oder Krankheit sind. In diesem Moment kommt der sogenannte psycho-edukative Aspekt der kognitiven Verhaltenstherapie zum Tragen: Dem Patienten wird das Wissen darüber vermittelt, dass ein absolut gleichmässiges sogenanntes Maschinen-EKG Hinweis auf eine gravierende Hirnfunktionsstörung ist, während das Ausmass der Pulsschwankungen eine Aussage darüber zulässt, wer nach einem Herzinfarkt am ehesten überleben wird; es gilt der Grundsatz: Je mehr die Herzfrequenz (Atem-synchron) schwankt, desto gesünder ist der Mensch (La Rovere et al., 1998).

Es ist leicht einzusehen, dass diese Art der Therapie dann funktioniert, wenn Patienten eine endliche Anzahl einzelner Beschwerden und einzeln identifizierbarer Erklärungskonzepte präsentieren. Dann entscheiden das Vertrauen, das er der Therapeutin entgegenbringt und das Wissen der Therapeutin um weniger gefährliche und physiologisch korrekte Erklärungsmodelle darüber, ob sich innerhalb von 15 – 30 Std. Einzeltherapie eine Beruhigung der Angst erzielen lässt oder nicht.

Problematisch sind allerdings die Patienten, bei denen die Kette aus beunruhigenden Einzelbeobachtungen nicht abreißt. Dies sind in meiner Erfahrung häufig Patienten, bei denen Erschöpfung, Müdigkeit, Schweregefühl in den Gliedern, leichter Schwindel und leichte Übelkeit als Hauptbeschwerden genannt werden. Sie haben im Unterschied zu Bauchschmerzen, deren Ort maximaler Intensität von Patienten manchmal angegeben werden kann und im Gegensatz zu „Herzbeschwerden“, die Patienten zumindest in der Gegend des Herzens im Brustkorb lokalisieren, keinen eindeutigen Prädilektionsort, an dem sie besonders deutlich oder besonders intensiv zu spüren sind. Die o. g. Beschwerden sind in engerem Sinne leiblich mit einer kaum ausgeprägten körperlichen Dimension. Hier führt das im Beispiel skizzierte konstellationistische Vorgehen bestenfalls in eine beidseitige Frustration, wie sie in den ICD-10 Kriterien der somatoformen Störungen (der psychiatrischen Definition der multiplen nicht-erklärbaren Beschwerden) aufgeführt ist: „Das zu erreichende Verständnis für die körperliche oder psychische Verursachung der Symptome ist häufig für Patienten und Arzt enttäuschend“ (Dilling et al., 1993, p. 183).

Da die Schulmedizin den *Leib* nicht kennt, werden ihre Vertreter immer wieder versuchen, die leiblichen Phänomene, über die diese Patienten ganz offenkundig klagen, in ein System relativer Ortsbeziehungen zu übersetzen und daran scheitern. Dabei ist in meiner Erfahrung die Erklärung des Unterschiedes zwischen leiblichen und körperlichen Phänomenen hilfreich, um mit diesen Patienten auf einen gemeinsamen Nenner zu kommen. Ein weiteres Beispiel mag dies verdeutlichen: Eine Patientin mit funktionellen Magendarmbeschwerden beschreibt ein seit langem bestehendes quälendes Völlegefühl, das sie in der letzten Woche bereits nach zwei Esslöffeln Apfelmus verspürt hätte. Es gelingt gut, am Beispiel dieses Völlegefühls den Unterschied zwischen einer eindeutig körperlichen Völle und einem Völlegefühl im Sinne von ‚voller Wut oder Enttäuschung...‘ herauszuarbeiten; bei Letzterem wäre nicht genau anzugeben, wo ein Mensch, der ‚voller Wut‘ die Faust auf den Tisch schlägt, diese ihn anfüllende Wut genau spürt. Hier wird also ein ‚voll von etwas Sein‘ angesprochen, das eher einem leiblichen Phänomen entsprechen würde. Körperlich zu verstehendes Völlegefühl lässt sich Löffel um Löffel intensivieren, es hat womöglich ein physiologisches Korrelat in der zunehmenden Dehnung der Magenwand. Diese Sorte Völlegefühl, die wir von den üblichen Festtags-Menüs gut kennen, flaut nach einigen Stunden ab; wiederum wahrscheinlich als Ausdruck der abnehmenden Dehnung des Magens, der nach und nach seinen Inhalt an den Darm weitergibt und sich entleert. Von dieser Sorte ist das Völlegefühl der Patientin nicht, denn auch sie hält es für unwahrscheinlich, dass zwei Esslöffel Apfelmus den Magen bereits derart füllen, dass sich dieses mechanisch auslösbare (körperliche) Völlegefühl einstellt. Die alternative Interpretation der Völle als leibliches Phänomen schlägt die Brücke zu Gefühlen, die leiblich von einem Besitz ergreifen können. Die Patientin nimmt diese gemeinsam entwickelte Präzisierung entgegen und beginnt die nächste Stunde mit einem überraschenden Themenwechsel, indem sie von der ausgesprochen belasteten Beziehung zu ihrem Sohn und nicht mehr von vermeintlich körperlichen – und wahrscheinlich im wesentlichen leiblichen – Beschwerden erzählt (eine ausführlichere Falldarstellung findet sich in Langewitz, 2007).

Zum Begriff der vielsagenden Eindrücke und der Entscheidungsfindung in der Schulmedizin

Schulmedizin versteht sich im Wesentlichen als anwendungsorientierte Naturwissenschaft. Wie Thure von Uexküll mehrfach beklagt hat, verliert sie dabei den Menschen, das Objekt ihrer Bemühungen und gleichzeitig das Medium ihrer Aktivitäten aus dem Blick (T. von Uexküll, 1979). Bereits 1930 hat der Internist F. Volhard in seiner Eröffnungsrede des Internistenkongresses in Wiesbaden diese Position auf den Punkt gebracht:

Das bitter gemeinte Wort von Dubois aus der Zeit vor der Wiederentdeckung der Seele: Zwischen der Medizin und der Tierarzneikunde besteht nur ein Unterschied bezüglich der Kundschaft, trifft heute im Gegensatz zu früher tatsächlich für eine ganze Reihe von Krankheiten zu, bei denen aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnis Heilung sozusagen garantiert werden kann, unabhängig von der Individualität der Kranken und der Persönlichkeit des Arztes. Das Ziel der Forschung kann nur sein, die Zahl dieser rationell angreifbaren Krankheiten zu vergrößern“ (Lasch et al., 1982).

In diesem Modell beruht ärztliche Entscheidungsfindung auf der verzerrungsfreien Entgegennahme eindeutiger Fakten, die dann mit beliebig komplexen, letztlich aber deterministischen Algorithmen verarbeitet werden und in eine präzise Diagnose und die daraus resultierende Therapie einmünden. Medizinstudenten und -studentinnen erleben in ihrer Ausbildung, dass universitäre Lehrer mit einer einzigen entscheidenden Frage oder mit einem einzigen Handgriff auf kürzestem Weg zu einer korrekten Diagnose kommen. Damit entsteht der Eindruck, dass eine wirklich kompetente Ärztin mit wenigen Suchaktionen zu einer korrekten Diagnose kommt; Lehrende stellen sich dar als extrem kompetent im Umgang mit Konstellationen, wobei meistens verschwiegen wird, dass – gerade im universitären Spital – andere Ärzte die Situation schon um etliche vielsagende Eindrücke „bereinigt“ haben; die universitäre Koryphäe ist oft die letzte Instanz in einer Kette von Kollegen und Kolleginnen, die durch immer enger gefasstes Ausschöpfen von Einzelfakten aus chaotisch mannigfaltigen Situationen eigentliche Konstellationen geschaffen haben. Sobald allerdings ein Patient in erster Linie als Träger von Eigenschaften wahrgenommen wird, die ausserhalb des Normbereichs liegen, ist der Zugang zum vielsagenden Eindruck, den dieser Patient nach wie vor in seinem ärztlichen Gegenüber hinterlassen wird, erschwert. Als behandelnder Arzt müsste man in der Lage sein, sozusagen aus dem *Faktenwald* hinaus zu treten und die Landschaft gesamthaft auf sich wirken zu lassen. Der von G. Engel geprägte Begriff der ‚Landkarte‘, die es aus den Beschwerden des Patienten zu erstellen gelte, verweist m.E. auf ein grundsätzliches Dilemma: während sich eine Landkarte darauf beschränkt möglichst detailgenau und im Einzelnen wiederzugeben, welche geographischen Strukturen sich an einem Ort vorfinden lassen, erzeugt eine Landschaft eben (auch) in demjenigen, der sich in ihr bewegt, einen vielsagenden Eindruck, der – z.B. in Abhängigkeit vom Wetter – auch leibliches Ergriffensein von Atmosphären einschliesst. Landkarte und Landschaft sind womöglich brauchbare Metaphern für zwei Pole ärztlicher Kommunikation: wer für den nächsten Tag einen Eingriff plant, sollte sich verhalten wie jemand, der seine Ausrüstung für die nächste Tour zusammenstellt; dieser Wanderer lässt sich besser vom Studium einer Landkarte leiten als von der enthusiastischen Schilderung eines Wander-Kollegen. Wer nach einem Landschaftserlebnis sucht, das seiner momentanen Stimmung am ehesten entspricht oder mit seinem Patienten darüber redet, welcher Urlaubsort am ehesten helfen könnte, auf andere Gedanken zu kommen, wird dagegen nicht primär die Karte konsultieren.

Der initiale Eindruck, den Ärzte von Patienten haben, ist selten untersucht worden. Eines der wenigen, dafür aber an enormen Fallzahlen untersuchten Krankheitsbilder ist der akute Brustschmerz, bei dem sich die Frage stellt, ob es sich um eine Erkrankung der Herzkranzgefässe handelt, oder ob ein nicht-kardialer Thoraxschmerz vorliegt, wie er sich z. B. bei Angststörungen oder bei der Hyperventilation findet. In einer 2004 veröffentlichten Arbeit erhielten 2.992 von 17.737 Notfall-Patienten, deren Daten in ein Internet-basiertes Erfassungssystem eingegeben wurden, die Diagnose eines nicht-kardialen Thoraxschmerzes durch die erstuntersuchenden Notfallärzte und -ärztinnen (Miller et al., 2004). Diese Diagnose war zwar teilweise von Fakten gestützt: ein anfänglich angefertigtes

EKG hatte keine wesentlichen pathologischen Veränderungen gezeigt, sie beruhte aber auch auf dem ersten Eindruck der Ärzte und Ärztinnen. Bei immerhin 2 907 Patienten hatte diese Diagnose Bestand, bei 85 Patienten ergab sich in den nachfolgenden 30 Tagen eine eigentliche Herzerkrankung. In den begleitenden Kommentaren dieser Arbeit wird nicht darauf verwiesen, dass 97,2% der Patienten korrekt identifiziert wurden, sondern es wird auf die 2,8% abgestellt, bei denen der initiale Eindruck sich nicht bestätigte. Aus dieser Art des Umgangs mit den Ergebnissen der Studie wird deutlich, warum der erste Eindruck m. E. so wenig Beachtung findet in Lehre und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten: Er kann nie den Anspruch erheben, fehlerfrei die Realität, verstanden als Agglomeration objektiver Tatsachen wiederzugeben. An der Vernachlässigung des initialen vielsagenden Eindrucks wird nach meinem Dafürhalten deutlich, dass sich das Denken der Schulmedizin vor allem an Problemstellungen orientiert, bei denen schnelles Eingreifen wesentlich ist; hier ist selbstverständlich analytische Intelligenz, die prosaisch expliziert, gefordert. In den vielen Fällen aber, in denen unmittelbares Handeln nicht notwendig ist, oder in denen abgewartet werden kann, in welche Richtung sich das Geschehen entwickeln wird, könnte eine andere Intelligenz, die Schmitz als hermeneutische Intelligenz bezeichnet, zum Einsatz kommen (Schmitz, 2004, p. 227).

Hier ergeben sich Anknüpfungspunkte zur Sprachlosigkeit der Medizin, auf die bei der Abhandlung des Unterschiedes zwischen Situation und Konstellation bereits hingewiesen wurde. Wenn wir versuchen wollten unter Kollegen zu kommunizieren, was uns als unmittelbarer Eindruck von einem Patienten zur Verfügung steht, müssen wir unsere Sprache vager oder offener – eben poetischer – gestalten und sie damit von der Engführung auf objektive Tatsachen lösen. Dann hätte der im klinischen Alltag immer wieder gehörte Satz: „Der Patient gefällt mir irgendwie nicht!“ seinen Platz gefunden – er würde einen im Moment nicht an einzelnen Fakten aufweisbaren beunruhigenden unmittelbaren Eindruck wiedergeben. Auch dafür sei eine typische Situation aus einem Seminar als Beispiel angeführt:

Ein älterer Gynäkologe und Geburtshelfer berichtet von einer Frau, die an einer Blutung nach einem Riss der Gebärmutter unter der Geburt verstorben ist. Die Aufarbeitung des Falles hatte gezeigt, dass alle Befunde korrekt erhoben wurden, es wurden die fachlich gebotenen Schritte unternommen; die Patientin ist trotz einer lege artis durchgeführten Behandlung an einer seltenen Komplikation verstorben. Der Kollege schliesst den Fallbericht ab mit der Bemerkung: „Vielleicht wäre es anders gekommen, wenn einer von uns alten Hasen dabei gewesen wäre!“. Auf die Frage, ob er denn die Fakten anders interpretiert hätte, antwortet er: „Nein, das ist absolut korrekt gelaufen, aber ich hätte vielleicht gemerkt, dass etwas nicht stimmt. Manchmal spürt man so etwas!“.

Da wäre dann ein unmittelbarer Eindruck ins Spiel gekommen, den zumindest der Kollege für so vertrauenswürdig hält, das er sich vorstellen könnte, das Leben dieser Frau gerettet zu haben, wenn er ‚in der Situation selber dringesteckt hätte.‘

Es ist zu hoffen, dass die Ausbildung von Medizinstudenten und -studentinnen das Potential unmittelbarer vielsagender Eindrücke in Zukunft würdigen können; die Überlegenheit spontaner Entscheidungen ‚aus dem Bauch heraus‘ bei komplexer Faktenlage ist in jüngeren Arbeiten eindrucksvoll nachgewiesen worden (Dijksterhuis et al., 2006).

Literatur

- Dijksterhuis, A., Bos, M. W., Nordgren, L. F., & van Baaren, R. B. (2006). On making the right choice: the deliberation-without-attention effect. *Science*, 311(5763), 1005-1007.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Eds.). (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F)*. Bern: WHO, Verlag Hans Huber.
- Fass, R., Longstreth, G. F., Pimentel, M., Fullerton, S., Russak, S. M., Chiou, C. F., et al. (2001). Evidence- and Consensus-Based Practice Guidelines for the Diagnosis of Irritable Bowel Syndrome. *Arch Intern Med*, 161(17), 2081-2088.
- Hagerty, R. G., Butow, P. N., Ellis, P. M., Dimitry, S., & Tattersall, M. H. (2005). Communicating prognosis in cancer care: a systematic review of the literature. *Ann Oncol*, 16(7), 1005-1053.
- Henningsen, P., Zipfel, S., & Herzog, W. (2007). Management of functional somatic syndromes. *Lancet*, 369(9565), 946-955.
- Kaplowitz, S. A., Campo, S., & Chiu, W. T. (2002). Cancer patients' desires for communication of prognosis information. *Health Commun*, 14(2), 221-241.
- La Rovere, M. T., Bigger, J. T., Jr., Marcus, F. I., Mortara, A., & Schwartz, P. J. (1998). Baroreflex sensitivity and heart-rate variability in prediction of total cardiac mortality after myocardial infarction. ATRAMI (Autonomic Tone and Reflexes After Myocardial Infarction) Investigators. *Lancet*, 351(9101), 478-484.
- Langewitz, W. (2005). Theorie der Psychosomatischen Medizin. In P. Janssen, P. Joraschky & W. Tress (Eds.), *Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (pp. 12-23.). Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Langewitz, W. (2007). Der Leib des Patienten - (K)ein Thema in der Psychosomatik? In C. Aus der Au & D. Plüss (Eds.), *Körper-Kulte, Wahrnehmungen von Leiblichkeit in Theologie, Religions- und Kulturwissenschaften* (pp. 179-198). Zürich: Theologischer Verlag Zürich.
- Langewitz, W., Laederach, K., & Buddeberg, C. (2004). Ärztliche Gesprächsführung. In C. Buddeberg (Ed.), *Psychosoziale Medizin* (3., aktualisierte Aufl. ed., pp. 373-407). Heidelberg: Springer Verlag.
- Langewitz, W., Nubling, M., & Weber, H. (2003). A theory-based approach to analysing conversation sequences. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 12(2), 103-108.
- Lasch, G., & Schlegel, B. (Eds.). (1982). *Hundert Jahre Deutsche Gesellschaft für innere Medizin. Die Kongress-Eröffnungsreden der Vorsitzenden 1882-1982*. München: J.F. Bergmann Verlag.
- Mack, J. W., Wolfe, J., Grier, H. E., Cleary, P. D., & Weeks, J. C. (2006). Communication about prognosis between parents and physicians of children with cancer: parent preferences and the impact of prognostic information. *J Clin Oncol*, 24(33), 5265-5270.
- Miller, C. D., Lindsell, C. J., Khandelwal, S., Chandra, A., Pollack, C. V., Tiffany, B. R., et al. (2004). Is the initial diagnostic impression of "noncardiac chest pain" adequate to exclude cardiac disease? *Ann Emerg Med*, 44(6), 565-574.
- Parker, P. A., Baile, W. F., de Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A. P., & Cohen, L. (2001). Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *J Clin Oncol*, 19(7), 2049-2056.
- Peirce, C. S. (Ed.). (1931-1935). *Collected papers of Charles Sanders Peirce*. Ed. by C. Hartshorne and P. Weiss. Cambridge: Harvard University Press.
- Schmitz, H. (1997). *Höhlengänge. Über die gegenwärtige Aufgabe der Philosophie*. Berlin: Akademie-Verlag.
- Schmitz, H. (1998). *System der Philosophie* (3 ed. Vol. II/1). Bonn: Bouvier Verlag.
- Schmitz, H. (1999). *Der Spielraum der Gegenwart*. Bonn: Bouvier Verlag.
- Schmitz, H. (2003). *Was ist Neue Phänomenologie?* Rostock: Ingo Koch Verlag.
- Schmitz, H. (2004). Phänomenologie als Anwalt der unwillkürlichen Lebenserfahrung. *Erwägen Wissen Ethik*, 15(2), 215-228.

- Smith, R. C., & Dwamena, F. C. (2007). Classification and diagnosis of patients with medically unexplained symptoms. *J Gen Intern Med*, 22(5), 685-691.
- von Uexküll, J. (1993). *Theoretische Biologie (1. Auflage Springer, Berlin)*. Frankfurt: Reprint Suhrkamp.
- von Uexküll, T. (Ed.). (1979). *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*. München: Urban & Schwarzenberg.
- von Uexküll, T., & Wesiack, W. (2003). Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In R. H. Adler, J. M. Herrmann, K. Köhle, W. Langewitz, O. W. Schonecke, T. von Uexküll & W. Wesiack (Eds.), *Uexküll. Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns* (6. neu bearbeitete und erweiterte Auflage ed., pp. 3-42). München, Jena: Urban & Fischer.
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *Bmj*, 329(7479), 1398-1401.
- Weber, H., Stockli, M., Nubling, M., & Langewitz, W. A. (2007). Communication during ward rounds in Internal Medicine An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient Educ Couns*, 67(3), 343-348.