

ROSTOCKER PHÄNOMENOLOGISCHE
MANUSKRIPTE



15

WALTER BURGER

**Der Beitrag der Neuen Phänomenologie
zum Verständnis chronischer Krankheit**
Überlegungen und Erfahrungen am Beispiel
des Diabetes mellitus

Herausgegeben
von
Michael Großheim

ROSTOCKER PHÄNOMENOLOGISCHE MANUSKRIPTE



Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Clemens Albrecht (Koblenz)

Prof. Dr. Christoph Demmerling (Marburg)

Prof. Dr. Jürgen Hasse (Frankfurt a.M.)

Prof. Dr. Hilge Landweer (Berlin)

Prof. Dr. Helmut Lethen (Wien)

Prof. Dr. Andrzej Przyłębski (Poznan)

Prof. Dr. Hans Jürgen Wendel (Rostock)

Rostocker Phänomenologische Manuskripte (RPM):

Großheim, Michael (Hrsg.)

RPM 15

Der Beitrag der Neuen Phänomenologie zum Verständnis chronischer Krankheit –
Überlegungen und Erfahrungen am Beispiel des Diabetes mellitus / von Walter Burger
Rostock 2012

ISBN: 978-3-86009-149-4

Satz & Layout: Dr. Steffen Kammler

Bezugsmöglichkeit:

Prof. Dr. Michael Großheim

Universität Rostock | Institut für Philosophie | 18051 Rostock

DER BEITRAG DER NEUEN PHÄNOMENOLOGIE ZUM VERSTÄNDNIS CHRONISCHER KRANKHEIT – ÜBERLEGUNGEN UND ERFAHRUNGEN AM BEISPIEL DES DIABETES MELLITUS

WALTER BURGER, BERLIN

1. Einleitung

Die moderne Medizin überzeugt durch ihre technischen Möglichkeiten, die bei einer Vielzahl von Krankheiten und Beschwerden Therapie- und Heilungsmöglichkeiten in einem Ausmaß erlauben, das noch vor wenigen Jahrzehnten unglaublich gewesen wäre. Und sie macht darin ständig Fortschritte. Würde man sie aber allein auf der Grundlage ihres aktuellen technischen Entwicklungsstandes charakterisieren wollen, griffe man zu kurz. Ihre Systematik und Zielrichtung in Forschung und Lehre sowie im Einsatz der technischen Mittel werden ganz wesentlich von ihrer wissenschaftlichen Grundlage bestimmt. Diese liefert das Weltbild, auf dessen Basis die Medizin agiert und aus dem heraus ihr Wesen, ihre Möglichkeiten und Grenzen zu verstehen sind. Bei jeder kritischen oder analytischen Auseinandersetzung mit ihr ist es also notwendig, sich mit ihren wissenschaftlichen, forschungs- und handlungsleitenden Theorien zu beschäftigen.

Spätestens seit dem Ende des 19. Jahrhunderts begreift sich die Medizin mit den bahnbrechenden Entdeckungen der Zellulärpathologie und der Bakteriologie als Naturwissenschaft, exemplarisch formuliert in dem berühmten Ausspruch des deutschen Arztes Bernhard Naunyn (1839-1925): «Medizin muss Wissenschaft sein, oder sie wird nicht sein.»¹ Diese Zuwendung zu den Denkmodellen und Methoden der Naturwissenschaft war und ist Ausgangspunkt der großartigen und immer weiter anhaltenden Fortschritte der modernen westlichen Medizin. Der von Hermann Schmitz für die

¹ Er meinte damit die erstarkende *Naturwissenschaft* (W.B.).

naturwissenschaftliche Technik geprägte Begriff des «geregelten Zauberns»² beschreibt ihr Können und Wirken in vielen Einsatzbereichen ziemlich genau. Die Erfolge sind zum Teil so atemberaubend und spektakulär, dass mitunter der Eindruck entstehen könnte, es sei nur eine Frage der Zeit und des wissenschaftlichen und ökonomischen Aufwands, bis alle Krankheiten, ja mit modernen molekulargenetischen Interventionen vielleicht sogar das Sterben beherrscht werden könnte.³

Die Suche nach einem die Naturwissenschaft transzendierenden, phänomenologischen Ansatz in der Medizin versteht sich vor diesem Hintergrund keineswegs von selbst. Kommt ein Patient mit Schmerzen oder Ängsten oder wegen irgendeines Symptoms zum Arzt, dann erwartet er nämlich sicher zuletzt eine eingehende phänomenologische Analyse seines Zustands. Mit dem «Phänomen» ist er ja zu seinem Leidwesen bestens vertraut, er will das «Phänomen» nicht verstehen, er will es loswerden. Die erfreuliche Tatsache, dass heute so viele Krankheiten geheilt werden können, ist ja auch keineswegs die Folge eines phänomenologischen Ansatzes, sondern im Gegenteil Ergebnis einer naturwissenschaftlich geleiteten, im Verlauf des medizinischen Fortschritts immer kleinteiligeren Rückführung der Symptome auf physikalische, biochemische oder mechanische Abweichungen, die Ausgangspunkt ebenso fein ausgeklügelter biochemischer (Medikamente), physikalischer (z. B. Bestrahlung) oder mechanischer (Operationen) Interventionen sind. Damit können viele, früher schwer oder gar nicht behandelbare Krankheiten geheilt oder zumindest deren Symptome beseitigt oder gelindert werden.

Betrachtet man die Erfolge der Medizin aber genauer, so erkennt man, dass diese keineswegs gleichmäßig verteilt sind. Sie betreffen vor allem den Bereich *akuter Gesundheitsstörungen*. Bei *chronischen Erkrankungen* sind sie deutlich bescheidener. Dies liegt daran, dass diese sich in wesentlichen Aspekten von akuten Gesundheitsstö-

² Schmitz 2010a, S. 72.

³ Dazu gibt es etliche ernsthafte Überlegungen und Forschungsaktivitäten renommierter medizinischer Wissenschaftler.

rungen unterscheiden.⁴ Hier kommt die Suche nach einem anderen Modell der Medizin ins Spiel.

Chronische Krankheiten sind definitionsgemäß nicht heilbar und begleiten den Menschen über viele Jahre, meist ein ganzes Leben. Dadurch verknüpfen sich Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und Lebensgeschichte viel enger, als dies bei den zeitlich begrenzten akuten Krankheiten der Fall ist. Außerdem findet eine bedeutende Verschiebung der Therapieverantwortung statt. Hängt bei (behandelbaren) akuten Erkrankungen der Therapieerfolg vor allem von der diagnostischen und therapeutischen Ausstattung und Kompetenz des Arztes bzw. des medizinischen Teams ab, obliegen die Durchführung der Therapie und entsprechende Anpassungen der Lebensführung bei chronischen Erkrankungen ganz überwiegend dem Patienten selbst. Diese Unterschiede haben erhebliche Konsequenzen nicht nur für das Arzt-Patientenverhältnis, sondern vor allem auch für das Verständnis des Krankheitsverlaufs und möglicher Komplikationen. Davon seien nur einige genannt:

- das Arzt-Patientenverhältnis ist kontinuierlich und endet nicht, wie bei akuten Erkrankungen mit der Heilung oder dem Verschwinden des Symptoms, das den Patienten veranlasste, den Arzt aufzusuchen.
- die Anlässe zu den Arzt-Patientenkontakten erfolgen im Rahmen der Dauerbetreuung zur Therapieüberprüfung und Durchführung von Kontrolluntersuchungen. Sie sind in der Regel nicht über klar erkennbare Symptome oder Beschwerden definiert, ihre Zielsetzung ist nicht ohne weiteres klar.
- es ist nicht unmittelbar ersichtlich, an welchen Merkmalen die Ärztin oder der Patient den Erfolg ihrer Bemühungen ablesen können (z. B. Besserung des Allgemeinbefindens, einzelner oder vieler Laborparameter, Verhinderung von Verschlechterung u. a. m.).
- es ist von sich aus nicht ganz klar, wer im Krankheitsverlauf für was Verantwortung trägt.

⁴ Burger 2008.

- es ist nicht klar, wie die Einflüsse von Persönlichkeit und Entwicklungsstand (besonders bei Kindern und Jugendlichen) und allgemeinen Lebensverhältnissen auf den Krankheitsverlauf im Einzelnen zu verstehen und zu bewerten sind.
- es ist nicht ganz klar, wie aussagekräftig die von der Medizin gebrauchten sogenannten Surrogatparameter⁵ für die Prognose des individuellen Patienten sind.
- im Unterschied zu den großen Heilungserfolgen bei akuten Krankheiten erleben sich Medizin und die (be)handelnden Ärzte im Umgang mit chronischer Erkrankung oft als hilflos, da die Therapieergebnisse nicht den Erwartungen entsprechen, die angesichts der technischen Mittel theoretisch erzielbar und erwartbar wären. Dies führt zu vielen Frustrationen sowohl bei den betroffenen Patienten als auch den sie behandelnden Fachleuten.

Der idealtypische Ablauf bei akuten Erkrankungen: *Symptom, Diagnosestellung, Prüfung therapeutischer Optionen, Festlegung von Therapieziel, Therapieverfahren, Therapieverantwortung und Risiken in einem expliziten (z. B. bei operativen Eingriffen) oder impliziten (bei den meisten Arzt-Patienten-Kontakten) Verhandlungsvertrag, Beendigung des Arzt-Patienten-Kontakts nach Abschluss der Behandlung*, ist bei chronischen Erkrankungen aus den dargestellten Gründen so nicht gegeben.

Die Beschäftigung mit den Besonderheiten chronischer Krankheit ist nicht nur unter dem Aspekt der Suche nach den theoretischen Grundlagen der Medizin interessant. Das Thema ist darüber hinaus von großer praktischer Relevanz, denn infolge der allgemeinen Verbesserung der Lebensbedingungen und der zumindest in den Industrienationen weiterhin ansteigenden Lebenserwartung

⁵ Unter Surrogatparametern werden in der Medizin Befunde oder Messwerte verstanden, die selber akut keine Beschwerden verursachen oder anzeigen, aber an großen Patientengruppen in statistisch gesichertem und pathophysiologisch plausiblen Zusammenhang zu zukünftigen Krankheitsereignissen stehen, also ein künftiges Risiko anzeigen, z. B. erhöhter Blutdruck für Herzinfarkt und Schlaganfall, erhöhte Blutzuckerwerte für Augen-, Nieren-, Nerven- und Gefäßschäden.

gewinnen chronische Krankheiten zunehmend an Bedeutung.⁶ Dies ist natürlich zu nicht geringem Teil auch ein Ergebnis der immer effizienter werdenden Akutmedizin, dank derer immer mehr Menschen früher unheilbare Krankheiten überleben können, aber eben oft zum Preis chronischer Gesundheitsstörungen, die kontinuierlicher, oft lebenslang medizinisch-technischer Maßnahmen bedürfen. Das ist auch am Krankheitsbild des Diabetes mellitus Typ 1 deutlich zu machen, das hier den Ausgangspunkt der Überlegungen bildet. Vor der durch naturwissenschaftliche Forschung gelungenen Entdeckung und Herstellung des Insulins 1922 konnten solche Patienten nur kurze Zeit überleben, das Problem einer chronischen Krankheit gab es nicht, die Patienten starben.

Das Thema «chronische Krankheit» ist aus den genannten Gründen seit langem Thema intensiver Forschung aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Genannt seien Schul- und Komplementärmedizin, Gesundheitspolitik und -ökonomie, Pflegewissenschaft, Soziologie und Sozialmedizin, Psychosomatik, Psychologie, Psychotherapie. Die im Einzelnen hochinteressanten und wichtigen Ergebnisse bleiben aber für die praktisch in diesem Gebiet Tätigen partikulär und oft nicht wirklich hilfreich.

Dies wird besonders bei Betrachtung der Rolle der naturwissenschaftlichen Medizin deutlich. Steht sie bei akuten Krankheiten *im Mittelpunkt*, ist sie bei chronischen Erkrankungen nur *ein*, wenn auch unverzichtbarer *Teil* des therapeutischen Geschehens. Sie liefert die Basis der diagnostischen und therapeutischen Instrumente und Maßnahmen (z. B. Blutzuckermessung und Insulingabe) und ist bei der Behebung akuter Probleme handlungsleitend und für den Behandlungserfolg entscheidend. Im langfristigen Krankheitsverlauf hängt aber die Qualität der Behandlung und somit die Prognose ganz wesentlich vom Patienten und dessen Umgang mit der Erkrankung, d. h. der geschmeidigen Anpassung der notwendigen therapeutischen Maßnahmen an sein tägliches Leben, ab.

⁶ Es wird geschätzt, dass mindestens 30% der Arzt-Patienten-Kontakte wegen einer chronischen Gesundheitsstörung erfolgen.

Dieser vollzieht sich nicht in der Klinik oder im ärztlichen Sprechzimmer, wo die Arzt-Patientenkontakte stattfinden, sondern im Alltag des Patienten und ist somit von vielfältigen Einflüssen der Persönlichkeit und des «Milieus» determiniert. Um zu verstehen, *worum es* bei der Diabetestherapie eines Menschen *wirklich geht*, reicht also eine Analyse und genaue Beschreibung der medizinischen, im Sprechzimmer oder im Labor erhobenen Befunde nicht aus. Die Auswirkungen und die Bedeutung der Erkrankung für die Lebenswelt der Patienten müssen verstanden werden.

Die in den Einzeldisziplinen – vor allem Psychologie, Psychosomatik, Soziologie, Sozialmedizin – entwickelten durchaus klugen und gut begründeten Beschreibungen der Bedeutung verschiedener, nicht somatischer Faktoren für den Krankheitsverlauf (z. B. Persönlichkeitstypen, Bewältigungsstrategien, soziale Risikofaktoren) bleiben aufgrund der sehr unterschiedlichen Konzepte und Herangehensweisen in der Spaltung zwischen medizinischer *Somatik* und *psychosozialen Aspekten* gefangen, so dass sowohl für die Betroffenen wie auch für die Behandler kein überzeugender theoriegestützter Ansatz zu einem übergreifenden, «ganzheitlichen» Verständnis vorliegt. So können beim Diabetes mellitus Stoffwechselprobleme auf der medizinischen Ebene anhand veränderter Messdaten, die einer Korrektur bedürfen, aber auch durch bestimmte soziale oder psychologische Gegebenheiten beschrieben werden. Je nach Betrachtungsansatz werden unterschiedliche Empfehlungen zur Behebung des Problems (ja schon Einschätzungen, ob überhaupt ein Problem vorliegt) gegeben, etwa durch Änderung der Insulintherapie und/oder Anmahnung einer korrekteren Durchführung der Blutzuckerkontrollen und Insulingaben auf der medizinischen Ebene, durch Unterstützung oder Veränderung der sozialen Situation oder durch psychotherapeutische Maßnahmen für den Patienten selbst und/oder seine Bezugspersonen. Da es oft Störungen oder Probleme gleichzeitig auf allen Ebenen gibt, bleibt häufig unklar, *worum es* «eigentlich» geht. Wenn aber nicht klar ist, *worum es* geht, besteht verständlicherweise eine große Wahrscheinlichkeit, dass die Bemühungen von Ärzten, Therapeuten und Patienten in

eine falsche Richtung zielen und Frustration und Erschöpfung zur Folge haben, ein in der Behandlung chronisch kranker Patienten keineswegs seltenes Ereignis.

Die Neue Phänomenologie weist nun sowohl wissenschaftstheoretisch als auch für die Praxis neue Wege zum Verständnis chronischer Erkrankungen und der mit ihrer Bewältigung verbundenen Probleme. Anhand exemplarischer Überlegungen und Erfahrungen aus dem Bereich der Kinder- und Jugenddiabetologie soll im Einzelnen gezeigt werden, dass durch die phänomenologische Analyse Aspekte zum Vorschein kommen, die bei der rein naturwissenschaftlichen Betrachtung verborgen bleiben, die besser verstehen lassen, worum es «eigentlich» geht und aus denen sich neue Sichtweisen und Handlungsoptionen ergeben. Diese sind zum Teil grundsätzlicher Natur und auf andere chronische Krankheiten übertragbar.

Zum besseren Verständnis sollen einige kurze medizinische Informationen zum Krankheitsbild des Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) vorangestellt werden. Im Kindes- und Jugendalter handelt es sich ganz überwiegend um *einen Diabetes mellitus Typ 1*, bei dem dem Körper das lebensnotwendige Insulin fehlt. Dieses muss mehrfach täglich in die Unterhaut gespritzt und die Dosis flexibel dem aktuellen Blutzuckerspiegel, der Nahrungsaufnahme und der körperlichen Aktivität angepasst werden, um akute, potentiell gefährliche Stoffwechselentgleisungen zu vermeiden. Dies bedeutet neben den Insulininjektionen mehrfach tägliche Blutzuckerselbstkontrollen. Die Behandlung ist also mit häufigen, wenn auch durch moderne Technik abgemilderten Selbstverletzungen verbunden. Vielfältige den Blutzuckerspiegel beeinflussende Faktoren machen die Blutzuckerregulation hoch komplex, so dass es auch bei gewissenhafter Einhaltung der therapeutischen Empfehlungen immer wieder zu unerwarteten Stoffwechselschwankungen kommt, die interpretiert, auf mögliche therapeutische Konsequenzen geprüft oder aber einfach hingenommen werden müssen. Die Behandlung erfordert so eine ständige Reflexion und Berücksichtigung der täglichen Aktivitäten und Lebensumstände (vor allem: körperliche

Aktivität, Art und Umfang der Nahrungsaufnahme, Krankheiten, allgemeine Belastungssituationen). Besteht über viele Jahre eine ungünstige Stoffwechsellage, können sich schwerwiegende Folgeschädigungen an verschiedenen Organsystemen entwickeln, wobei allerdings die Grenze, ab wann eine konkrete individuelle Bedrohung beginnt, nicht exakt festgelegt werden kann. Die täglichen Bemühungen um eine gute Stoffwechselführung sind aber dadurch ständig von der Sorge um die gesundheitliche Zukunft unterlegt. Dies ist verständlicherweise vor allem für Eltern erkrankter Kinder und Jugendlicher eine erhebliche Belastung, zudem in diesem Alter unvorhersehbare Schwankungen des Blutzuckers besonders häufig sind. Die ärztliche Tätigkeit in der Sprechstunde besteht daher nicht nur in der Festlegung der Insulindosierung, sondern vor allem auch in der Beurteilung der Gesamtsituation, der Besprechung der Sorgen und Probleme bei der täglichen Therapiedurchführung und der gemeinsamen Suche nach Lösungswegen. Sie ist in der Regel eingebettet in ein multidisziplinäres Team, in dem vor allem die Diabetesberaterinnen eine wichtige Rolle spielen.

2. Wissenschaftliche Grundlagen der modernen Medizin und ihre Domänen

Um die Notwendigkeit eines über die naturwissenschaftliche Medizin hinausgehenden phänomenologischen Ansatzes zum Verständnis von Krankheit und Gesundheit darzustellen, soll zunächst die wissenschaftliche Basis der Medizin, aus der sich ihre *Stärken*, aber auch ihre *grundsätzlichen Grenzen* herleiten, genauer betrachtet werden.

Die moderne Medizin hat ihren Sitz an den medizinischen Fakultäten und die dort gelehrt und – weitgehend – gelebte Medizin sowie die dort geübte Produktion wissenschaftlicher Erkenntnisse sind Richtschnur für die Entwicklung neuer medizinischer Verfahren, Grundlage der in der medizinischen Ausbildung vermittelten Denkmuster und Inhalte und entscheidend dafür, welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen als wissenschaftlich

fundiert angesehen und somit im Vergütungssystem erstattet und angewandt werden.

Diese Medizin (etwa in Abgrenzung zur sogenannten «Erfahrungsmedizin» oder «Komplementärmedizin») ist einem strengen naturwissenschaftlichen Modell von Wissenschaftlichkeit verpflichtet. Befunde und Symptome werden definierten Krankheitsbildern zugeordnet und die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auf der Basis aktueller, statistisch gesicherter und naturwissenschaftlich plausibler Kausalzusammenhänge durchgeführt.

Obwohl die universitäre Medizin als Leitbild und Richtschnur ärztlichen Handelns fungiert und in dieser Rolle auch weitgehend anerkannt ist, dominiert in der täglich geübten ärztlichen Praxis eine «andere» Medizin mit einem individualisierten, an den einzelnen Patienten angepassten Ansatz, der sich zwar nicht in einem wissenschaftlich luftleeren Raum bewegt, im Einzelfall aber eher selten streng wissenschaftlich fundiert ist.

Dies hängt mit dem ungelösten Problem zusammen, inwieweit Erkenntnisse, die nach dem aktuellem Goldstandard der randomisierten kontrollierten Kohortenstudien gewonnen werden, auf den einzelnen Menschen in seiner speziellen Situation übertragbar sind. Dieser erfüllt in der Regel nicht die für die Studien geforderten Charakteristika und ist einer Fülle zusätzlicher, möglicherweise für das Behandlungsergebnis bedeutsamer Einflüsse ausgesetzt. Auch lassen sich die in der Praxis vorkommenden Beschwerdebilder oft nur schwer naturwissenschaftlich eindeutig definierten Krankheiten und den entsprechenden nach aktuellem wissenschaftlichem Erkenntnisstand empfohlenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zuordnen, sind aber dennoch quälend und beunruhigend und bedürfen einer Behandlung, die aber nicht willkürlich, sondern möglichst gut theoretisch fundiert sein sollte.

Die Bewegung der «evidence based medicine»⁷ versucht seit Jahren, in diesem Konfliktfeld Übersicht und pragmatische Lösungen zu finden und dem Arzt die für seine aktuelle, den individuellen

⁷ Sackett 1996.

Patienten betreffende Fragestellung die jeweils bestmögliche wissenschaftlich fundierte Entscheidungsgrundlage zu bieten. Dabei sollen «objektive», mit statistischen Methoden an größeren Patientengruppen gewonnene wissenschaftliche Erkenntnisse *nicht im Gegensatz* zur persönlichen ärztlichen Erfahrung *stehen*, sondern *als hilfreiche Ergänzung dienen*. In der Praxis erweist sich dies aber als schwierig.

Hermann Schmitz ist diesem Problem auf den Grund gegangen, indem er zeigt, dass der wissenschaftliche, auf statistischen Verfahren aufbauende Erkenntnisprozess sich in seinen ontologischen Grundannahmen grundsätzlich von dem der angewandten Medizin unterscheidet, die Probleme der praktischen Anwendung der evidence based medicine also *grundsätzlicher Natur* sind.⁸ Diese beruhen auf einem grundlegenden Dilemma des Arztes, der eine auf Naturgesetzen aufbauende *nomothetische* Methodik in eine, dem einzelnen Patienten angepasste *idiographische* Methodik überführen muss. Das, was sich statistisch abgesichert bei einer Gruppe von Probanden als hilfreich erwiesen und zur Formulierung von Regeln und «Gesetzen» geführt hat, kann im Einzelfall unwirksam oder sogar schädlich sein. Nomothetische und idiographische Methoden bedienen sich unterschiedlicher ontologischer Modelle. Die medizinische *Forschung* basiert auf einer *zweigliedrigen Ereignisontologie*, in der Ereignisse (z. B. therapeutische Maßnahmen) als *Ursachen* mit *Ereignissen* (z. B. Verschlimmerung oder Verbesserung von Symptomen) als *Ergebnissen* in Verbindung gesetzt werden. Die sogenannten Grundlagenwissenschaften liefern dann die – je nach Erkenntnisstand durchaus wechselnde – physiologisch oder biochemisch verknüpfte Kausalkette.

In der *Anwendung* medizinischer Erkenntnisse auf konkrete Personen und Situationen muss aber, da es immer um konkrete Maßnahmen in konkreten Situationen geht (Operationen, Medikamentengabe, Gesprächsintervention) die *zweigliedrige Ereignisontologie* in eine *dreigliedrige Dingontologie* mit den Gliedern *Ursache*, vermit-

⁸ Schmitz 2000.

telnde *Einwirkung* und *Ergebnis* überführt werden. Dies verändert die Betrachtung grundsätzlich. Während das Verhältnis zwischen zwei Ereignissen bei korrekter Erhebung einwandfrei beschrieben werden kann, eröffnet die Attribution eines Ereignisses als *Ursache* und konkreter Umstände als *Einwirkung* immer interpretatorischen Spielraum, wie dieser Zusammenhang – die «Übersetzung» – zu sehen ist, zumal dieser außerdem im Lauf der wissenschaftlichen Erkenntnis und der Entwicklung persönlicher Erfahrung und Fertigkeit des Arztes einer ständigen Wandlung unterliegt. Für diese Übersetzung gibt es in der Medizin aber keine allgemeingültigen Regeln, wie etwa in der Rechtslehre, wo es eine Unzahl von Literatur zur Auslegung der Gesetze auf konkrete Einzelfälle gibt. So ist der Arzt in der praktischen Ausübung immer auf seine ärztliche Erfahrung («klinischer Blick», «ärztliche Kunst») angewiesen, die sozusagen sein persönliches Regelwerk zur Auslegung wissenschaftlich gesicherter «Gesetze» darstellt. Dieser grundlegende Unterschied der Ontologien erklärt auf philosophischer Basis das unverändert «*ungesicherte und teilweise polemische Verhältnis*» zwischen Theorie und Praxis der Medizin.⁹

Diese in allen Bereichen der Medizin vorhandene grundlegende Problematik bekommt im Bereich der chronischen Krankheit mit ihrer Vielzahl von Einflussfaktoren, die aus den wissenschaftlich kategorial verschiedenen somatischen (der Medizin zugeordnet) und persönlichkeits- und lebensbezogenen (der Psychologie und Soziologie zugeordnet) Bereichen stammen, welche noch dazu in jeweils unterschiedlichen Sprachen und Symbolen arbeiten, eine besonders ausgeprägte Bedeutung. Sie wird, sofern die wissenschaftstheoretischen und ontologischen Grundlagen ärztlichen Tuns überhaupt genauer diskutiert werden, in der Regel mit dem Begriff «*Komplexität*» etikettiert.

Bisherige Ansätze zur Beschreibung des Komplexitätsproblems und möglichen Herangehensweisen, finden sich in der von Mathe-

⁹ Schmitz 2000.

matik und Systemtheorie entwickelten Komplexitätstheorie,¹⁰ die zwar unter dem Begriff «Chaostheorie» weit verbreitete Aufmerksamkeit, meist aber nur eine oberflächliche Betrachtung und in der universitären Medizin bis auf wenige Ausnahmen (z. B. mathematische Analyse von Herzrhythmusstörungen, EEG-Verläufen oder Hormoninkretionsmustern) so gut wie keinen Raum gefunden hat.

Grob skizziert ergibt sich aus der Komplexitätstheorie der Nachweis, dass ab einem bestimmten Ausmaß von Verschränkung und Rückkoppelung in Ursache-Wirkungsketten einzelner Faktoren nicht mehr sicher von *einer* Ursache auf *eine* Wirkung geschlossen werden kann. Damit ist ein theoriegeleitetes, zielgerichtetes Handeln, wie es in der Medizin bei Therapiemaßnahmen üblich ist, erschwert oder manchmal auch unmöglich. Kein Mensch würde sich – mit Ausnahme von Situationen, in denen ein Unterlassen den sicheren Tod oder katastrophale Folgen bedeuten würde – einer medizinischen Maßnahme (z. B. Zahnbehandlung, Gelenkersatz, Behandlung erhöhten Blutdrucks oder Blutzuckerspiegels) unterziehen, wenn nicht mit großer Sicherheit das erstrebte Ergebnis zu erwarten wäre. Das gleiche gilt für unzählige Situationen, in denen wir unser Leben Maschinen anvertrauen, die auf naturwissenschaftlich definierten Ursache-Wirkungsketten konstruiert wurden (z. B. Autos, Flugzeuge, Fahrstühle etc.). Die mathematisch-kybernetischen Grundlagen zum Verständnis der Unterschiede *technischer, gut prognostizierbarer* und *biologischer, für den Beobachter schwer oder grundsätzlich nicht prognostizierbarer* Systeme hat Heinz von Foerster mit seinem Modell der *trivialen* und *nicht trivialen Maschine* geliefert.¹¹

Die Systemtheorie von Uexküll und Wesiack steuerte zum Verständnis komplexer Systeme durch das Hereinbringen der Semiotik den Aspekt des Zeichenaustauschs bei.¹² In biologischen Systemen findet danach auf den verschiedenen Systemebenen (Gesamtorganismus, Organebene, Zellebene, subzelluläre Ebene) kein

¹⁰ Lewin 1996.

¹¹ Foerster 1993.

¹² Uexküll und Wesiack 1988.

physikalisch-mechanistisch geregelter Ursache-Wirkungsbezug statt, sondern eine Wechselwirkung durch Zeichenaustausch, durch «Sprachen». Ein Zeichenaustausch jedoch ist immer abhängig von einer Zeicheninterpretation des Empfängers. Nicht jedes Organ «antwortet» auf denselben Reiz («Ursache») gleich. Für den beobachtenden Forscher ist also nicht sicher vorherzusagen, welche Folgen aus welchen physikalisch-chemisch erfassbaren Ursachen erwachsen. Je «akuter» die somatische Störung ist, desto zuverlässiger lässt sie sich mit physikalisch-chemischen Ereignisketten verstehen und beeinflussen, je mehr Ebenen ins Spiel kommen, desto unvorhersehbarer, «komplexer» wird das Geschehen.

Dieses Modell ist gut auf Beobachtungen beim Diabetes mellitus anwendbar. Während bei akuten Problemen wie Unterzuckerung oder schwerer Stoffwechselentgleisung die auf physikalisch-chemischen Modellen beruhenden Therapiemaßnahmen sehr zuverlässig wirksam sind, ist die Frage der Prognose – d. h. des Zusammenhangs zwischen Qualität der Stoffwechselkontrolle und dem Auftreten der gefürchteten Folgeschädigungen an Auge, Niere, Nerven, Herz und Gefäßen, für die es aber auch naturwissenschaftliche Ursachen-Wirkungsmodelle gibt – schon nicht mehr linear ableitbar. Es gibt lediglich Risikobereiche, die für den einzelnen Patienten nur begrenzte Aussagekraft haben. Hier muss dann auf wenig präzise Begriffe wie «individuelle Disposition» zurückgegriffen werden, die sich aber erst in ihrer Ausprägung, d. h. bei dem Nachweis beginnender oder manifester Veränderungen zeigt, die man eigentlich vorhersehen wollte. Dem mechanistischen Ursache-Wirkungsparadigma folgend wird die individuelle Disposition zurzeit in genetischen Faktoren vermutet und ist Gegenstand intensiver molekulargenetischer Forschungsbemühungen, verknüpft mit der Hoffnung, daraus individuell zuverlässige Prognosen erstellen zu können, was in der pharmakologischen Therapie von Tumoren auch schon erste Erfolge zeitigt. Die grundsätzliche Komplexitätsproblematik ist dabei aber leider kein Thema.

Besonders schwierig wird die Prognose von Krankheitsverläufen, wenn man zusätzlich die vielfältigen, im psychosozialen Be-

reich angesiedelten und nicht mit Messwerten erfassbaren Faktoren, die das Therapieverhalten und damit den Therapieerfolg bestimmen, in eine Ursachen-Wirkungskette einfügen will.

Wie kann sich die behandelnde Ärztin, der behandelnde Arzt in solchen komplexen Beziehungsgefügen zurechtfinden, um das aktuelle Gefährdungspotential einzuschätzen und den Handlungsbedarf zu beurteilen? Mit welchen Maßnahmen an welcher Stelle des Systems soll und kann eingegriffen werden, um einen ganzheitlichen, die verschiedenen Aspekte berücksichtigenden Ansatz in die Tat umzusetzen?

Der Arzt, der *verstehen* will, worum es für den Patienten in seinem Leben mit einer chronischen Krankheit geht, ist mit der Aufgabe konfrontiert, die für die jeweiligen Teilaspekte hilfreichen Theorien sinnvoll miteinander in Beziehung zu setzen und je nach Fragestellung ohne Verlust der Orientierung zwischen ihnen hin und her zu wechseln. Hier eröffnet die Neue Phänomenologie interessante Optionen.

3. Die Neue Phänomenologie und ihre Domänen

«Philosophie ist das Besinnen des Menschen auf sein Sichfinden in seiner Umgebung.»¹³ Ausgangspunkt des Philosophierens ist nach Schmitz die unwillkürliche Lebenserfahrung, also «alles, was Menschen merklich widerfährt, ohne daß sie es sich absichtlich zu-rechtgelegt haben»¹⁴. Um zu dieser vorzudringen und sie einer klaren sprachlichen und damit diskussionsfähigen Beschreibung und Charakterisierung zuzuführen, müssen große Bereiche der menschlichen Lebenserfahrung, die traditionell den Bereichen persönlicher Empfindungen und Gefühle in der privaten Innenwelt einer Seele zugeordnet werden, philosophisch-erkenntnistheoretisch bearbeitet und auf neuer Abstraktionsbasis sortiert werden. Schmitz hat dies in seinem «System der Philosophie» (als Studienausgabe neu

¹³ Schmitz 1990, S. 5.

¹⁴ Schmitz 1990, S. 7.

aufgelegt)¹⁵ und vielen zu einzelnen Aspekten verfassten Büchern und Abhandlungen unternommen.

Mit seiner auf dem Situationsbegriff aufbauenden Ontologie hat er ein erkenntnistheoretisch systematisch durchdachtes Modell der Welt, in der wir uns als Menschen finden, entwickelt, das die Modelle der verschiedenen Wissenschaften transzendiert und ihnen den für die Bewältigung konkreter Fragestellungen notwendigen Platz zuordnet.¹⁶ Absteigend von einem nach der phänomenologischen Methode identifizierten und definierten *Phänomen*¹⁷ können dann auf der Basis psychologischer oder auch molekularbiologischer Teilaspekte *Analysen* vorgenommen werden, ohne den Bezug zum Gesamtbild zu verlieren. Der Rückweg zum erlebten Phänomen bleibt immer geöffnet. Der zurzeit in der Wissenschaft übliche Weg, aus den Elementen des jeweiligen Teilaspekts das Phänomen als Ganzes zu rekonstruieren, zu *synthetisieren*, scheitert dagegen regelmäßig.¹⁸

Die Zielsetzung der Neuen Phänomenologie lässt sich etwa so beschreiben: «Die philosophische Phänomenologie ist berufen, die hochgradig verkiinstelte Abstraktionsbasis, die die Denkform der dominanten europäischen Intellektualkultur ist, in Richtung auf die *Lebenserfahrung*¹⁹ zu durchstoßen und in dieser eine neue Abstraktionsbasis zu hinterlegen.»²⁰ Dies trifft die Aufgaben zum Verständnis chronischer Krankheit im täglichen ärztlichen Umgang ziemlich genau.

4. Die Bedeutung des phänomenologischen Ansatzes für die Medizin und das Verständnis chronischer Krankheit

Philosophie und das Philosophieren werden in der intensiven Arbeitswelt der Medizin zwar als etwas grundsätzlich Wertvolles, aber für die tägliche Arbeit nicht unbedingt Essentielles verstanden

¹⁵ Schmitz 2005.

¹⁶ Schmitz 1994, S. 1ff.

¹⁷ Schmitz 2009, S. 12.

¹⁸ Schmitz 2010a, S. 24 ff.

¹⁹ Hervorgehoben durch den Verfasser.

²⁰ Schmitz 2002, S. 31.

und daher eher auf besinnliche Stunden am Abend, auf sog. «after dinner speeches» auf wissenschaftlichen Kongressen, oder auf den Ruhestand verschoben.

Dies hat mit der schon mehrfach betonten überragenden Bedeutung und Wirksamkeit der Naturwissenschaft in der Medizin zu tun, die scheinbar alle Probleme lösen kann, und spiegelt sich schon in der medizinischen Ausbildung wider, in der das bis 1861 übliche «*Philosophicum*» durch das, wegen seiner umfänglichen naturwissenschaftlichen Inhalte bis heute noch bei den Medizinstudierenden gefürchtete, «*Physikum*» ersetzt worden ist.

Dass damit auch für die tägliche Praxis etwas Wesentliches verloren gegangen ist, wird häufig nicht bedacht. Die Einübung der «philosophischen» Besinnung auf die Grundlagen des eigenen Beobachtens, Bewertens und Handelns ist nämlich von erheblicher praktischer Bedeutung, da jeder professionelle Blick an eine Theorie gebunden ist, die die Grenzen des Denkens und Handelns bestimmt und die zu kennen vor allem für die Menschen, die in der jeweiligen Profession forschend oder (be)handelnd tätig sind, wichtig ist. In der naturwissenschaftlichen Medizin wird alles, was geschieht, als Ergebnis der Interaktion fester Körper (Moleküle und Atome sind in diesem Sinn auch feste Körper) gesehen, die nach den sogenannten Naturgesetzen kausal miteinander interagieren. Dies ist auch Hintergrund unseres «common sense»-Welt- und Selbstbildes. Eine Wahrnehmungstradition, die das unmittelbare Erleben (Angst, Schmerz, Mattigkeit, Frische, Hunger, Durst etc.) als primäres *Phänomen* betrachtet und auf der Basis des subjektiven Erlebens genauer differenziert, gibt es in unserer Kultur nicht und führt zu dem Dilemma, «*dass den Menschen das, was ihnen zustößt und sie betroffen macht, [...] in ihrem Denken fern liegt wie Märchenwelten*»²¹.

Ein phänomenologischer Ansatz, der die in der ärztlichen Sprechstunde vorgetragenen persönlichen Erlebnisse und Sorgen ohne den Umweg über naturwissenschaftliche Konstrukte in den Blick

²¹ Schmitz 1990, S. 1.

nimmt, mutet allerdings dem traditionell ausgebildeten Arzt einiges zu. Er erfordert, das Dogma der Objektivität als Wissenschaftsideal aufzugeben,²² sich den subjektiven, wechselnden Eindrücken auszuliefern und die Relativität in den Phänomenen anzuerkennen: «*Ein Phänomen ist also doppelt relativ, für einen Menschen und für eine Frist.*»²³

Auch muss ein weiterer für Mediziner typischer Ansatz revidiert werden: Als Arzt ist man darauf trainiert zu *handeln*, das heißt, aus den Beschwerden von Patienten entsprechende diagnostische und therapeutische Schritte abzuleiten. Dies erwarten die Patienten auch von uns. Eine Theorie, die keine direkten Handlungsoptionen, also keine *Methoden* bietet, wird als nicht wertvoll oder hilfreich eingeschätzt. Aber eigentlich schon die einfache Überlegung, nämlich dass jede Handlungsoption sich nur auf das beziehen kann, was als Zielobjekt des Handelns «gesehen» wird, macht deutlich, dass die Kenntnis des eigenen Blickwinkels von großer Bedeutung ist und jede Veränderung des Blickwinkels Einfluss auf das Handeln hat, auch wenn das *Handwerkzeug* – die *Methoden* – unverändert bleibt. In der Medizin ist das eine leider nicht seltene bittere Erfahrung, wenn bei der nachträglichen Analyse von Behandlungsfehlern festgestellt werden muss, dass man einfach in die falsche Richtung geschaut und gedacht hat.

Aus dem umfänglichen Theoriegebäude der Neuen Phänomenologie sind zum Umgang mit Patienten mit chronischer Krankheit meines Erachtens vor allem die Bereiche «*Situation*», «*Leib*», «*Person*» und «*Gesundheit*» von Bedeutung.

Zur *Situation* mit den Fragen:

- Worum geht es in der aktuellen Situation?
- Was ist und mit welcher Gewichtung bedeutsam?
- Wie verhalte ich mich als Ärztin/Arzt, Therapeutin/Therapeut?

Zum *Leib*:

²² Schmitz 2002, S. 33ff.

²³ Schmitz 2002, S. 21.

- Welche Bedeutung hat die Erkrankung auf das leibliche Gefüge?

Zur *Person*:

- Was kann ich dem Patienten an diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen zumuten?
- Wie kann ich ihm bei der Bewältigung der krankheitsbedingten Anforderungen helfen?

Zur *Gesundheit*:

- Welche Bedeutung hat der Begriff Gesundheit bei chronischen Krankheiten?
- Welche Maßnahmen sind zu ihrer Förderung hilfreich und welche nicht?

Meine Darstellung orientiert sich an der aufgeführten Kategoriebildung, wobei sich aber Überlappungen nicht immer vermeiden lassen:

- Bedeutung des Leibes
 - Kommunikation
 - Der vitale Antrieb
 - Epikritisches und Protopathisches
- Der phänomenologische Blick auf die Person
 - Das Wollen
 - Persönliche Eigen- und Fremdwelt
 - Gesundheit
- Der Blick für Situationen

4.1 Die Bedeutung des Leibes

Die Wiederentdeckung des *Leibes* als Sitz der Weltwahrnehmung der Person spielt in der Neuen Phänomenologie eine zentrale Rolle. Sie ist für die Medizin insofern von besonderer Bedeutung, als es ja eigentlich immer leibliche Phänomene sind (Angst, Schmerz, Schwäche etc.), deretwegen Patienten einen Arzt aufsuchen. Schmitz hat zum Leib eine Fülle von Erkenntnissen und Analysen vorge-

legt²⁴ und aktuell zusammengefasst²⁵. Das leibliche Alphabet²⁶ mit den Begriffen von *Engung*, *Weitung*, *Richtung*, *Rhythmus*, *Epikritischem* und *Protopathischem* ist ein gut handhabbares Instrumentarium, um das, was dem Menschen leiblich widerfährt, beschreibbar und damit sowohl im Gespräch mit dem Patienten wie auch in der Dokumentation des ärztlichen Befundes kommunizierbar zu machen. Für das Verständnis der Situation von Patienten mit Diabetes mellitus haben sich für mich vor allem die leiblichen Aspekte Kommunikation, vitaler Antrieb und die Differenzierung zwischen «protopathisch» und «epikritisch» als fruchtbar erwiesen.

4.1.1 Kommunikation

Die gebräuchlichen Kommunikationstheorien bauen auf einer zeichentheoretischen, semiotischen Betrachtung auf und unterscheiden zwischen «Sender» und «Empfänger», die verbale und nonverbale Zeichen austauschen und jeweils individuell deuten. Die Deutungsvorgänge spielen sich im Inneren des Empfängers wie in einer «black box» ab. Erst die Deutung macht die Botschaft. Verwendet der Empfänger einen anderen Zeichencode (z. B. eine andere Sprache) als der Sender, entstehen Probleme oder Missverständnisse.

Diese Sichtweise hat zwar den Vorteil, dass auf Seite des «Senders» immer eine gewisse Unsicherheit bleibt, was das Gegenüber «verstanden» hat und somit eine Haltung (Sensibilität) zum Nachfragen und Rückversichern unterstützt, ist aber andererseits für viele Kommunikationssituationen im ärztlichen Alltag zu kompliziert und umständlich und eher für eine post hoc Analyse geeignet, als handlungsleitend für die ad hoc zu wählende Formulierung oder Handlung in konkreten Situationen zu sein. Diese sind nämlich, bedingt durch das Aufeinanderprallen meist sehr unterschiedlicher Lebensrealitäten (der eine gesund, der andere leidend und krank; Unterschiede in Schichtzugehörigkeit, kulturellem und sprachli-

²⁴ Schmitz 2005a.

²⁵ Schmitz 2011.

²⁶ Schmitz 1990, S. 121ff.

chem Hintergrund u. v. m.), – noch dazu häufig in emotional angespannter und zeitlich bedrängter Situation – oft «schwierig». Daher ist es für die Praxis ärztlicher Tätigkeit von großer Bedeutung, auch in unübersichtlichen Kommunikationssituationen sinnvolle, verlässliche und ohne komplizierte Konstrukte zugängliche Orientierungsmarken zu haben. Die Betrachtung der Kommunikation als leibliches Phänomen, so wie es in der Neuen Phänomenologie geschieht, ist dafür hilfreich und bietet für die tägliche Sprechstunde fruchtbare Ansätze.

Der Begriff des Leibs unterscheidet sich vom Begriff des Körpers u.a. darin, dass er nicht an anatomische Grenzen gebunden ist, sondern, z. B. durch den Blick, diese Grenzen überschreiten kann. Danach findet in der Begegnung zweier «Leiber» im gemeinsamen vitalen Antrieb (vgl. 4.1.2) eine gegenseitige, wechselseitige Einleibung mit Bildung eines gemeinsamen Leibes statt,²⁷ in dem zwischen dem Engepol (in klassischem Verständnis der Part des dominierenden Gesprächspartners) und dem vom Engepol Gefesselten (in klassischem Verständnis der Part des eher passiven Gesprächspartners) unterschieden werden kann.²⁸ Die Kommunikation erfolgt nicht nur durch die spezifischen Sinnesqualitäten der Sinnesorgane, sondern ganz wesentlich durch Brückenqualitäten mit der Vermittlung von «Eindrücken»²⁹, die sich schwer in einzelne Zeichen zerlegen lassen. Unter Brückenqualitäten sind beispielsweise Bewegungssuggestionen zu verstehen, etwa die ruhende Ausstrahlung eines schweren Gegenstandes oder die anregende Wirkung einer auffordernden Handbewegung, aber auch synästhetische Charaktere wie das Scharfe, Grelle, Sanfte, Spitze, Helle, Zarte, Weiche etc. Solche Qualitäten lassen sich in unterschiedlichen Formen zeigen: an Gegenständen, Stimmen, Gebärden, Geräuschen, Atmosphären u.a.m. Die Einleibung mit ihren unterschiedlichen Facetten und «Färbungen» in der Begegnung von Menschen ist bei sensibler Wahrnehmung buchstäblich «am

²⁷ Schmitz 2009, S. 40f.

²⁸ Schmitz 2011, S. 29 ff.

²⁹ Schmitz 1997, S. 119ff. («Ausdruck als Eindruck in leiblicher Kommunikation»).

eigenen Leib» spürbar und ist insofern «griffiger» und lebensnäher als das semiotische Kommunikationsverständnis.

In einem gelungenem Arzt-Patienten-Kontakt sollte der Engpol je nach themenbezogener Kompetenz des Gesprächspartners wechseln, wobei die medizinisch fachliche Kompetenz in der Regel eher beim Arzt liegt, die persönliche, lebenstechnische beim Betroffenen.

4.1.2 Der vitale Antrieb

Der Fluss des aktiven Lebens ist ohne den Antrieb des Lebens, den *vitalen Antrieb* nicht denkbar. Schmitz definiert ihn als antagonistische Verschränkung von *Engung* und *Weitung* in Form von *Spannung* und *Schwellung*. Anschaulich spürbar ist dies beim Atmen, wo beim Einatmen zunächst eine Schwellung überwiegt, die dann bei Zunahme der Spannung, wenn die Enge unerträglich wird, durch die Ausatmung wieder in die Weite abgeführt wird. Durch Reizempfänglichkeit und *Zuwendbarkeit* zu empfangenen Reizen ergänzt sich der vitale Antrieb zur vollen Vitalität, «dann ist er gleichsam der Dampf, unter dessen Druck ein Mensch wie ein Kessel steht»³⁰. Dieser offenbart sich im «Schwung» der Lebensführung, der uns hilft, die Herausforderungen des Lebens anzugehen und zu bewältigen. Er ist unverzichtbar bei der tätigen Umsetzung von Zielen.

Für Menschen mit Diabetes sind die täglichen Überwachungs- und Therapienotwendigkeiten für ein körperlich gesundes Weiterleben unverzichtbar. Indem sie den Ablauf des spontanen Handelns unterbrechen, verursachen sie aber auch eine ständige Hemmung des flüssigen Einsatzes des vitalen Antriebs durch Zuwendung auf die Ziele der Einleibung, wie in der Sprache der Neuen Phänomenologie die Hinwendung der Person zu ihren Zielen genannt wird. Daraus ergibt sich ein grundlegender Konflikt. Besonders für das Kindes- und Jugendalter ist nämlich das unbeschwerte «in

³⁰ Schmitz 2009, S. 35.

den Tag Hineinleben» und das «Nichtnachdenkenmüssen» über mögliche, in der weiteren Zukunft zu erwartende Folgen des eigenen Tuns ein wesentliches Charakteristikum. Dies wird durch die Diabeteserkrankung immer wieder gestört.³¹ Bei dem vor allem bei Kindern und Jugendlichen häufigen Problem unzureichender Blutzuckerkontrollen und Insulingaben geht es also nicht so sehr um die diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen im Einzelnen, die ja für sich genommen nur wenige Sekunden in Anspruch nehmen, sondern um die Störung des aktiven Lebens durch Störung der Zuwendung des vitalen Antriebs. Es offenbart sich darin ein grundlegender Konflikt zwischen der an somatischen Daten abgelesenen und beurteilten und durch gezielte medizinische Maßnahmen beeinflussbare Gesundheit (Blutzuckermessung, Insulingaben) und einem übergreifenden, an der Person als Ganzem und über Ausmaß und Einsatz des vitalen Antriebs orientierten Gesundheitsverständnis (vgl. 4.2.1).

4.1.3 Epikritisches und Protopathisches

Schmitz unterscheidet in Anlehnung an den britischen Neurologen Henry Head *epikritische* (scharf, hell, spitz) und *protopathische* (verschwommen, dumpf, stumpf) leibliche Phänomene.³²

Die Anwendung dieser Kategorien auf das Leben mit Diabetes macht deutlich, dass die Diabeteserkrankung durch ein Übergewicht epikritischer Elemente gekennzeichnet ist: häufige, mit spitzen Instrumenten vorgenommene schmerzhafteste Prozeduren von Blutzuckeranalyse und Insulingabe sowie die genaue Analyse von Zahlen (Blutzuckerwerte und entsprechende Anpassung von Insulindosis und Berechnung der Nahrungsaufnahme).³³ Diese aus

³¹ «Wenn ich etwas tue, dann unterbricht das Blutzuckermessen das irgendwie: Der Pieks, das kurze Warten und dann wieder der erwartete schlechte Wert. Der Pieks ist eigentlich nicht schlimm, aber das Ganze nervt. Ich könnte es ja aber auch lassen und einfach weiter machen. Das mache ich ja auch oft. Dann habe ich aber wieder ein schlechtes Gewissen und bin auch genervt», sagt ein 18-jähriger Jugendlicher.

³² Schmitz, 2009 S. 37.

³³ «Das Spritzen und Blutzuckerstichen tut weh, ich mag das nicht, und immer wieder dieses Nachdenken, wie viel ich jetzt spritzen muss», sagt eine 15-Jährige.

somatischer Sicht unverzichtbaren therapeutischen Notwendigkeiten stören das für ein gesundes Leben notwendige Gleichgewicht epikritischer und protopathischer Elemente und können durch eine epikritische Überlastung zu einer Erschöpfung führen, die dann wiederum ein kompensatorisches Ausleben protopathischer Bedürfnisse zur Folge hat, wie z. B. ungezügelter Essen³⁴ und der Möglichkeit weichen, angenehmen Völleffühls. Diese Kompensation geschieht dann oft ruckartig³⁵ und in Phasen, manchmal stundenweise, aber auch tage- und wochenweise. In der protopathischen Kompensation kommt es dann zu einer Vernachlässigung der Therapiemaßnahmen, in den epikritisch getönten Phasen zu einer übertriebenen Konzentration auf die Stoffwechselführung. Die protopathische Komponente steht dann zu den epikritischen Momenten des Lebens nicht mehr in einem «gesunden» Verhältnis eines harmonischen Schwingens zwischen den beiden Polen.

Üblicherweise wird ein protopathisch geprägtes Vermeiden von Blutzuckerkontrollen oder Insulininjektionen als ein Versagen des *Willens* angesehen und vom Therapeuten wie auch vom Patienten zum Anlass genommen, mit erneuter Willensanstrengung den «inneren Schweinehund» zu bekämpfen. Unter phänomenologischem Aspekt können die Phasen aussetzender Therapiekonsequenz als eine – fast unvermeidliche – kompensatorische *Weitung* gegenüber den ständigen therapeutischen, durch epikritische *Engung* gekennzeichneten Anforderungen verstanden werden. Intensive Willensanstrengungen und ein «Sich-Zusammenreißen» verstärken das sowieso schon störend dominierende Element des Epikritischen und heizen den Konflikt zwischen engenden und weitenden Elementen eher an, als dass sie ihn lösen helfen. Die gängige und frustrierend erlebte Erfahrung, dass solche Motivations«spritzen» kaum dauerhaften Erfolg haben, erklärt sich so leicht.

³⁴ Schmitz 2005, S. 156ff.

³⁵ Schmitz 2010a, S. 255f. («Der konservative Leib»).

4.2 Der neue Blick auf die Person

Im üblichen abendländischen Selbstverständnis versteht sich die Person als individuelle, in einer Innenwelt lebende Einheit, in der sie mit ihrer Seele sowohl das Haus ist, in dem sie lebt, gleichzeitig aber auch als Herr im Haus fungiert, analog dem antiken Bild des Wagenlenkers, der seine Triebe wie die Rosse lenken und kontrollieren muss.³⁶ Diese Grundüberzeugung ist von Schmitz an verschiedenen Stellen seines Werkes in ihrer Entwicklungsgeschichte und ihren geistesgeschichtlichen Folgen philosophisch analysiert und die damit verbundenen Widersprüche und Probleme offen gelegt worden. Die von ihm im Rückgriff auf das von Homer vor allem in der Ilias überlieferte früh-griechische Lebensgefühl alternativ formulierte Konzeption der Person als Bewussthaber, der in seiner vielschichtigen persönlichen Situation mit verschiedenen «Regungsherden» lebt und sich im Leben mit dieser auseinandersetzen muss, erweitert das Verständnis des Menschen entscheidend und ermöglicht ein weitaus differenzierteres Verständnis der Probleme, die wir Menschen in der Auseinandersetzung mit unserem Leben bewältigen müssen. Dies betrifft auch den Umgang mit unserer «Gesundheit».

4.2.1 Gesundheit im Spannungsfeld von Leib und Körper. Die Zwiespältigkeit der Gesundheit

Hans-Georg Gadamer hat darauf aufmerksam gemacht, dass ein wesentlicher Teil der Gesundheit *Selbstvergessenheit* ist,³⁷ also eine Lebensführung, die sich nicht ständig damit auseinandersetzt, welche Folgen sich durch das aktuelle Tun für den Körper ergeben. Unter diesem Aspekt führt jede bewusst vollzogene Maßnahme, die aus medizinischer Sicht für die Erhaltung der Gesundheit sinnvoll oder, wie beim Diabetes, absolut notwendig ist, zur (Zer)Störung dieses selbstvergessenen Gesundheitsgefühls, ist also ungeachtet ihrer günstigen Auswirkungen auf die *körperliche* Gesundheit hin-

³⁶ Schmitz 1990, S. 17ff.

³⁷ Gadamer 1993, S. 126ff.

sichtlich eines übergreifenden Gesundheitskonzepts «gesundheitsgefährdend». Tatsächlich habe ich Patienten erlebt, die, um den «selbstvergessenen» Aspekt der Gesundheit wieder zu erlangen, ihre Insulintherapie auf das für ihr Überleben Notwendigste beschränkten, was sie mit geringem Aufwand wie «automatisch» erledigen konnten. Auf die Frage, wie es ihnen gehe, antworteten sie ohne Zögern: «gut!», ungeachtet deutlicher Symptome gestörter körperlicher Gesundheit wie Durst und Mundtrockenheit, Gewichtsabnahme und Schwäche. Sie brachten eine Atmosphäre von Gesundheit so machtvoll in die Sprechstundensituation hinein, dass ich mich ihr nur schwer entziehen konnte – trotz der für mich als Arzt offenkundigen und alarmierenden körperlichen Krankheitssymptome.

Gesundheit ist also offenbar ein schillerndes, z. T. stark widersprüchliches Phänomen. Es ist vielfach versucht worden, eine allgemein akzeptierte Definition von Gesundheit zu formulieren. Dies ist nicht überzeugend gelungen, obwohl der Begriff in der Medizin als Ziel und Begründung der Bemühungen von Arzt und Patient wie auch in der öffentlichen Debatte häufig verwendet wird.

Ein Grund für die Schwierigkeit, eine allgemein akzeptierte Definition von Gesundheit zu finden (Übersicht bei Schipperges)³⁸, mag die von Gadamer entdeckte Selbstvergessenheit des gesunden Lebens und die daraus resultierende Vielfältigkeit des Begriffs sein. Schmitz steuert zur Problematik einer eindeutigen Begriffsbildung aber weitere Überlegungen bei.³⁹

Er unterscheidet zwischen der körperlichen, «*tiermenschlichen*», also bei Mensch und Tier gleichermaßen vorfindbaren und an objektiven Kriterien ablesbaren *Gesundheit* und der *Gesundheit als Person*, die ausschließlich für den Menschen in seiner individuellen Lebenssituation charakteristisch ist.⁴⁰ Versteht man diese im Sinne

³⁸ Schipperges 1999, S. 20ff.

³⁹ Schmitz 2012, S. 198ff.

⁴⁰ Dabei ist allerdings anzumerken, dass selbst der «*tiermenschliche*» Teil der Gesundheit nicht eindeutig festzulegen ist, da bei fast allen Menschen bei einer gründlichen klinischen oder laborchemischen Untersuchung potentiell risikoträchtige «Norm-

eines ungehinderten Auslebens der natürlichen Anlagen, ergibt sich nach Schmitz immer ein Zwiespalt, der auf einem Charakteristikum menschlichen Lebens beruht. Das Leben als Person gestaltet sich nämlich immer zwischen den Polen der *personalen Regression* (einem «Zusammenfallen») zum «tiermenschlichen» Körper, die sich im akuten Schmerz oder Schreck als «*primitive Gegenwart*» darstellt und der *personalen Emanzipation* (Entfaltung) des Menschen als Person, die souverän über sich und ihre Ziele Auskunft geben kann. Beide Elemente sind für das Leben als Person unverzichtbar, die Emanzipation als Entfaltung menschlicher Fähigkeiten wie auch die *Regression* auf primitive Gegenwart, aus der der Mensch sozusagen als «*Erdung*» sein Gefühl von Existenz und Selbstbewusstsein schöpft. Diese gegenläufigen Elemente werden von der persönlichen Fassung in ständiger, dynamischer Bewegung zusammengehalten, in der sich der Mensch mit seiner persönlichen Lebenssituation auseinandersetzt. Gesundheit als ein ungehindertes Ausleben persönlicher Anlagen kann es deshalb ohnehin nicht geben. Dies bleibt Illusion. Die Gesundheit des personalen Menschen ist so *eine durch Zwiespalt eingepflanzte Krankheit, die sich ihre eigentümliche Gesundheit erst bestimmen muss*.⁴¹

4.2.2 Das Wollen

Der von Schmitz entwickelte Blick auf die Person ist eng mit seiner Analyse des Wollens verbunden.⁴² Er unterscheidet zwischen einer

Abweichungen» zu finden sind, auch wenn gar keine Beschwerden oder andere «harte» Befunde vorliegen. Die Grenzen dessen, was als *normal* («gesund») betrachtet wird und die Bewertung von *Normabweichungen* sind also keineswegs eindeutig und folgen dem Wandel wissenschaftlicher Überzeugungen, z. B. welche Surrogatparameter (vgl. Fußnote 5) als potentiell bedrohlich anzusehen sind. Diesen Umstand drückt das bekannte Bonmot aus, dass es keine gesunden Menschen gäbe, sondern nur unzureichend diagnostizierte. Die Schwierigkeit, körperliche Gesundheit an Messdaten abzulesen, taucht besonders bei chronischen Erkrankungen auf, da bei ihnen die Wiederherstellung eines von Gesundheit klinisch und/oder laborchemisch nicht unterscheidbaren Zustandes von vornherein Illusion, jedes Therapieergebnis daher prinzipiell optimierbar ist. Gesundheit kann also schon bei alleiniger Betrachtung somatischer Befunde nie eindeutig definiert werden.

⁴¹ Schmitz 2012, S. 205.

⁴² Schmitz 2010b, S. 95ff.

kognitiven Phase (*Wollen als Wissen, dass man etwas will*) und der vitalen Phase (Verknüpfung mit dem vitalen Antrieb zum *Entschluss und dessen Umsetzung*). *«Aus dem Missverständnis des Entschlusses, als sei er eine souveräne Setzung und nicht das Finden der Auszeichnung eines Programms als Absicht oder das Gelingen einer vitalen Zuwendung, und dem zusätzlichen Missverständnis des Wollens, als Produkt eines Entschlusses»* ergibt sich nach Schmitz eine *«Ich-Ideologie»* mit dem *«verkehrten Glauben an eine Freiheit des Willens als Sitz der sittlichen Verantwortung.»* *«Dieser Ich-Ideologie will ich den Boden entziehen, indem ich klarstelle, was in den beiden Phasen des Wollens, der kognitiven und vitalen, geschieht.»* Betrachtet man das Wollen aus dieser Perspektive, wird deutlich, dass widersprüchliches, «kompliziertes» Wollen ziemlich normal ist, etwa der Zwiespalt nach dem morgendlichen Weckerklingeln zwischen dem Impuls, noch etwas im warmen Bett liegen zu bleiben, und dem Pflichtgefühl zu gehorchen und aufzustehen. Der Begriff des komplizierten Wollens ist aber noch bedeutsamer zur Beschreibung der Lebenssituation vieler Patienten, die sich immer wieder mit krankheitsbedingten Anforderungen auseinandersetzen müssen, die ihrem spontanen Lebensstil entgegenstehen.⁴³ Eine differenzierende Betrachtung zwischen der kognitiven und vitalen Phase des Wollens erlaubt zu unterscheiden, ob eine mangelnde Umsetzung von Therapieanforderungen eher im Bereich der Entschlussbildung oder in der Verknüpfung mit dem vitalen Antrieb und Zuwendung auf das konkrete Vorhaben zu sehen ist.

Das weiter von Schmitz herausgearbeitete Phänomen des «habituellen Wollens», bei dem der Prozess der Willens- und Entscheidungsbildung zur Gewohnheit geworden ist, kann als innere Leitlinie auf dem Weg zu einer besseren Therapieadhärenz dienen. Sie führt wiederum von gut gemeinten aber simplen Appellen an den oft so beschworenen «inneren Schweinehund» weg zu einer Suche nach einem Weg, das Wollen zu einer unbewussten Hal-

⁴³ «Ich will ja. Es geht mir den ganzen Tag im Kopf herum. Die Umsetzung geht aber nicht», sagt ein 16-jähriger Patient über das Blutzucker-Messen und Insulinspritzen.

tung reifen zu lassen, die die für die Behandlung notwendigen Kompetenzen so wie andere Lebenskompetenzen auch umfasst.⁴⁴

4.2.3 Persönliche Eigenwelt, persönliche Fremdwelt

Das persönliche Erleben der Welt kann nach Schmitz in eine *persönliche Eigenwelt* (was mich *spürbar* als Person angeht, *subjektiv* ist) und eine *persönliche Fremdwelt* (was zu mir gehört, mich aber *nicht direkt spürbar* etwas angeht, was ich *objektiv* betrachten kann) unterschieden werden. Diese Unterscheidung bietet weitere interessante Einsichten in die Diabeteserkrankung.

Beim Diabetes mellitus ist die Blutzuckerregulation ausgefallen. Diese erfolgt beim Gesunden ohne bewusste Steuerung. Während manche unbewusste Steuerungsvorgänge im Körper zumindest zeitweise am eigenen Leibe spürbar sind, wie z. B. der Herzschlag oder die Darmtätigkeit, spielt sich die beim Diabetes gestörte Funktion dagegen in einem gänzlich stummen Organ ab. Die Bauchspeicheldrüse ist kein Organ, von dem man irgendwelche Notiz nimmt. Sie gehört also in besonderer Weise zur selbstverständlichen *Eigenwelt* des Menschen. Der plötzliche Ausfall einer für das Überleben so zentralen Funktion lässt dieses Element unvermittelt aus der *Eigenwelt* in die *persönliche Fremdwelt* treten und mit dem Zwang zu Blutzuckermessungen, Insulingaben und Kohlenhydratberechnungen zu einer täglich zu bewältigenden Aufgabe werden. Da die Balance der Blutzuckerregulation immer labil ist, bekommt sie noch dazu durch die ständig im Hintergrund lauende Gefahr einer Unterzuckerung eine bedrohliche Komponente.

Die dadurch bewirkte Veränderung der persönlichen Situation ist eine «*Enttäuschung*» analog zur Emanzipation des Weltbildes eines Kleinkindes im Prozess der Reifung. «*Die binnendiffuse Bedeutsamkeit der Situation, in der es sich selbstverständlich wohlfühlte, ohne auf das Einzelne zu achten, wird zerrissen. Die Tatsachen, auf denen das Wohlbefinden beruhte, treten plötzlich als dementierte, untatsächlich gewordene Sachverhalte einzeln hervor und ziehen ganze Massen mit sich*

⁴⁴ Schmitz in einer persönlichen Mitteilung aus dem Jahr 2012.

in eine Entfremdung, in der sich nur noch sachlich konstatieren lässt: So ist es nicht mehr. Sie sind fremd geworden. An ihre Stelle treten ebenso fremde Tatsachen einer neuen, härteren Situation, an die man sich erst gewöhnen muss, damit sie nicht mehr so hart einzeln ausfallen und, wenn es geht, wieder vertraut und mit nachwachsender Subjektivität mehr oder weniger ausgefüllt werden.»⁴⁵

Die Tatsache, dass die Diabetestherapie lebenslang, jeden Tag, durchgeführt werden muss, erfordert, dass Dinge wie Insulingaben, Blutzuckerkontrollen usw., die bisher als eher *neutrale* Tatsachen die Fremdwelt bewohnten, dauerhaft in die persönliche Eigenwelt eingeführt werden. Ideal für den Patienten wäre es, wenn dies so harmonisch gelänge, dass die störenden und hindernden Fremdelemente so in die persönliche Eigenwelt einwachsen, dass sie als selbstverständliche Aktivitäten des täglichen Lebens, etwa dem Zähneputzen vergleichbar, vom Betroffenen nicht mehr als störend wahrgenommen werden. Dies kann als orientierende Zielvorstellung dienen, wird aber angesichts der Intensität, mit der die Diabetestherapie in die Leiblichkeit eingreift (vgl. 4.1.2 und 4.1.3) wohl nur wenigen Menschen und sicher auch nicht durchgängig gelingen. Die Diabeteserkrankung wird in der Auseinandersetzung der Person mit ihrer persönlichen Situation also für die meisten Patienten und ihre Familien ein lebenslanges, nicht voll «automatisierbares» Aufgabengebiet bleiben.

4.3 Das Denken in Situationen

Denken wir über unser Leben in der Gegenwart nach, verstehen wir uns üblicherweise als Individuen, die in einer Umwelt leben, die von unbelebten und belebten Objekten bevölkert ist. Anderen Lebewesen, aus unserer Sicht «Objekten», unterstellen wir ebenfalls ein «Subjektsein» mit ebensolcher individuellen Lebenssicht, die sich je nach Art und Entwicklungsstand (Mensch – Tier, Säugling – Erwachsener) sowie durch Persönlichkeitsmerkmale unterscheidet. Jeder lebt also in seiner eigenen Welt, in seiner eigenen «Höhle»

⁴⁵ Schmitz 2010a, S. 353.

(vgl. Platon mit seinem berühmten Höhlengleichnis⁴⁶) Eine weitere übliche Grundvorstellung ist, dass alles von uns in der Welt Vorgefundene primär *einzel*n und hinsichtlich seiner Bedeutung *neutral* sei. Erst durch die vermittels seiner Sinnesorgane vollzogene Wahrnehmung durch ein Lebewesen wird das vorgefundene Einzelne mit Bedeutung belegt. Daraus erwächst die moderne Vorstellung, alles, was uns begegnet, durch objektivierende Messung in eine Fülle vernetzter Konstellationen von Einzelfaktoren überführen zu können und – verbunden damit – die Hoffnung, die Geschehnisse der Welt (wie in den Modellen der Naturwissenschaft und der darauf aufbauend konstruierten Techniken so erfolgreich vorgelebt) in unserem Sinn gezielt steuern zu können. Dies betrifft, wie schon oben (vgl. 4.1.1) dargestellt, auch das für unser Thema relevante Gebiet der Kommunikation, die nach Aufspaltung durch psychologische Theorien beschrieben, entschlüsselt und gesteuert werden kann.

Eine der revolutionärsten und schon vom Ansatz her verblüffendsten philosophischen Unternehmungen von Schmitz war es, diesem fest gefügten und mit den Methoden der Naturwissenschaft scheinbar tausendfach bestätigten Weltbild eine Auffassung vom Leben in *chaotisch mannigfaltigen Situationen* und eine logische Widerlegung der Existenz von *primär Einzelnem* entgegen zu setzen. Auf diese grundlegende Konzeption, die nach meiner Erfahrung die größte gedankliche Hürde ist, die Schmitz seinen Rezipienten zumutet, soll hier nicht im Einzelnen eingegangen werden, es wird auf Primärliteratur verwiesen.⁴⁷

Kurz dargestellt werden *Situationen* als nach außen abgehobene Einheiten mit binnendiffuser Bedeutsamkeit (in der die Elemente nicht primär einzeln sind) verstanden,⁴⁸ aus der im aktuellen Geschehen und im Gespräch einzelne Elemente hervortreten, *expliziert* werden.⁴⁹ Der Mensch findet also in seiner Umgebung nicht

⁴⁶ Platon, Der Staat, 7. Buch.

⁴⁷ Schmitz 2005b, S. 18ff.

⁴⁸ Schmitz 2009, S. 47ff.

⁴⁹ Schmitz 2010b, S. 120ff.

einzelnes Bedeutsames vor, das er nur aufgreifen muss, sondern expliziert aus einer mehr oder minder diffusen Bedeutsamkeit erst die für ihn relevanten Elemente.

Eine solche Sicht verändert den Blick auf die Welt erheblich. Arzt und Patient finden sich danach existentiell gegeben in einer *gemeinsamen Situation*, und müssen diese nicht erst herstellen. Diese wird durch Atmosphären sowie durch Elemente geprägt, die in der jeweiligen Charakteristik der Partner (ihrer persönlichen Situation, gewöhnlich als «Persönlichkeit» bezeichnet) begründet sind.

Das Denken in Situationen erfordert und fördert eine Haltung globaler, primär ungerichteter Aufmerksamkeit, die den Aufbau eines Gemeinsamkeitsgefühls fördert, da eine Gemeinsamkeit nicht erst gesucht und hergestellt, sondern als Konsequenz der Existenz in der gemeinsamen Situation als primär gegeben akzeptiert wird. Schmitz hat den Situationsbegriff und die daraus erwachsenden Konsequenzen für Lebensgefühl und Weltsicht differenziert gearbeitet.⁵⁰

Für die vorliegende Thematik von Bedeutung ist vor allem die weitere Differenzierung situativer Elemente in *fest verwurzelt*, («*implantiert*»), etwa wie ein Kind in seiner Familie, oder *leicht herauslösbar*, nur locker eingefügt, («*includiert*»), beispielsweise wie ein von einer aktuellen Stimmung abhängiges Verhalten, das in anderer Umgebung verblasst oder gänzlich abfällt. Bezogen auf die Diabetestherapie ermöglicht dies eine unterscheidende Betrachtung, welche Herausforderungen der Krankheitsbewältigung schon *implantiert*, d. h. fest in die persönliche Eigenwelt des Patienten eingewachsen sind und welche noch als labil, möglicherweise nur in der Atmosphäre der Sprechstunde wirksame *includierte* und daher noch nicht nachhaltig wirksame Anteile zu verstehen sind. Dazu gehören typischerweise aus einem Enthusiasmus in der Sprechstunde erwachsene Vorsätze wie etwa «ab jetzt werde ich es schaffen. . . ». Eine solche Differenzierung bringt für beide Seiten Klarheit über den Stand der Bewältigungsfähigkeit, zeigt noch offene Aufgaben

⁵⁰ Schmitz 2010a, S. 18ff.

und vermeidet Enttäuschungen, wenn sich unrealistische Vorsätze (noch) nicht umsetzen lassen.

5. Konsequenzen der phänomenologischen Sichtweise für die ärztliche Praxis

Die phänomenologische Betrachtungsweise lässt typische, mit der Diabetestherapie verbundene Konflikte und Probleme in anderem Licht erscheinen. Das Wissen um die Zwiespältigkeit der *Gesundheit* verändert die Haltung des Arztes zu Patienten, die Probleme mit der Einhaltung der Therapie haben, grundlegend: Er erkennt diese Probleme als überindividuell und untrennbar mit dem Charakter der Erkrankung verbunden. So hat es für meine so genannten «schwierigen» jugendlichen Patienten eine verblüffende Wirkung, wenn ich mich bei ihnen völlig ernst gemeint dafür entschuldige, dass ich sie durch die Konfrontation mit ungünstigen Stoffwechselwerten aus dem Zustand der subjektiven Gesundheit herausreiße, in dem sie sich vor Beginn der Sprechstunde befanden, als ihnen der Wert noch nicht bekannt war. Ich verweise dann oft auf die paradoxe Wirkung meiner ärztlichen Tätigkeit, die nicht wie sonst bei Arztkontakten den Patienten Linderung verspricht, sondern so gesehen oft das Gegenteil bewirkt. Ich kommuniziere meine Anerkennung, dass sie dennoch zu mir kommen und sich zusätzlich mit frustrierenden Aspekten konfrontieren, wenn sie im täglichen Leben auch dann ihren Blutzucker messen, wenn sie sehr ungünstige Werte erwarten müssen. Viel leichter wäre es für sie – was tatsächlich ja oft geschieht – die Blutzuckermessung bei erwartet ungünstigen Werten zu unterlassen und den Sprechstundentermin einfach zu «vergessen».

Diese Betrachtungsweise hat sich für die meisten Patienten als ausgesprochen entlastend und befreiend erwiesen und ermöglicht ihnen (und auch ihren Eltern und Angehörigen) einen neuen Blick auf ihre Konflikte im Umgang mit ihrer Erkrankung, die sie sonst meist als erschöpfenden Wechsel zwischen guten Vorsätzen und

Scheitern erleben. Darauf aufbauend ergeben sich für sie selbst und im Gespräch in der Sprechstunde neue und individuell sehr unterschiedliche Handlungsoptionen. Es macht einen erheblichen Unterschied, ob ich die Probleme, die sich durch den Diabetes im Lebensvollzug ergeben, als Willensschwäche des Patienten betrachte oder als genuine Eigenschaft der Erkrankung. Schließlich wird eine Gehbehinderung nach Beinverletzung ja auch nicht dem Patienten als Person angelastet, selbst wenn er die empfohlenen Rehabilitationsmaßnahmen nicht zu 100 Prozent umsetzt.

Die Zwiespältigkeit der Gesundheit als grundsätzlicher Konflikt im Leben macht die existentielle Verknüpfung der Krankheit mit der *persönlichen Situation* deutlich und identifiziert eine wesentliche ärztliche Aufgabe: den jugendlichen Patienten bei der Personwerdung zu unterstützen und ihm zu helfen, besser zu verstehen, worauf es bei ihm im Leben hinauslaufen kann. Der in der Patientenbegegnung empfangene *Leiteindruck*⁵¹ kann – reflektiert und taktvoll mitgeteilt – als Leitschiene dienen, den Patienten zu unterstützen, eine seiner Persönlichkeit entsprechende Fassung zu finden, von der aus die eigene Gesundheit, verstanden als dynamische Auseinandersetzung der Person mit ihrer persönlichen Situation,⁵² entwickelt werden kann. Unter diesem Blickwinkel ist dies gerade bei Jugendlichen, die sich in einem Lebensumbruch befinden, eine ebenso essentielle ärztliche Aufgabe, wie die korrekte Beratung zur Insulintherapie.

Die Aspekte des Epikritischen, Protopathischen und des vitalen Antriebs erweitern die Sicht auf Therapieprobleme weiter. Wenn herausgearbeitet wird, dass die phasenweise Abneigung und Verweigerung einer konsequenten Blutzuckermessung, Kohlenhydratberechnung und Insulingabe nicht als meist mit moralischen Bewertungen versehenes Versagen des Willens, sondern auch als protopathische Kompensation einer epikritischen Überforderung und dadurch bedingter Erschöpfung des vitalen Antriebs gese-

⁵¹ Schmitz 1993, S. 90ff.

⁵² Schmitz 2012, S. 205.

hen werden kann, lassen sich oft festgefahrene Konfliktsituationen auflockern und Wege für neue Entwicklungen eröffnen.

Die eigenen Probleme mit der Bewältigung der Krankheit im täglichen Leben werden von den Patienten nämlich meist selber nicht verstanden, da sie sich selber sagen, dass sie es «eigentlich» besser wüssten, aus Sicht der Eltern wissen *müssten*. Eine typische Reaktion der Jugendlichen auf die Frage, wo ihr Problem liege, ist daher ein Schulterzucken, das durchaus nicht gespielt ist, sondern die eigene Ratlosigkeit gegenüber dem eigenen Verhalten ausdrückt. Das damit verbundene schlechte Gewissen führt, sofern nicht schon eine allgemeine Resignation eingetreten ist, zum Aufbau von Druck, der dann wieder zu einem Umschlag in Richtung vermehrter epikritischen Anstrengungen führt, bis dies dann wieder in die Gegenrichtung umschlägt.

Eine phänomenologisch begründete Erklärung des eigenen Verhaltens bietet dann die befreiende Möglichkeit, Therapievernachlässigungen, die oft nicht nur den Therapeuten, sondern auch dem Patienten selber unverständlich sind, verständlich zu machen und öffnet ganz andere Gesprächswege, als das übliche «gute Zureden» mit Appellen an die Vernunft. Es reduziert das Gefühl der Einengung und eröffnet dem für eine gesunde Lebensbewältigung unverzichtbaren Schwingen zwischen Engung und Weitung wieder Raum. Das Modell des Schwingens zwischen Engung und Weitung ist auch hilfreich, die aktuelle Situation in der Sprechstunde zu überprüfen, und eine Verfestigung der Atmosphäre mit Überwiegen einer Komponente (meist der Engung) zu vermeiden oder wieder aufzulösen. Dem Arzt verhilft diese Sichtweise zu verstehen, warum die traditionell weit verbreiteten Interventionen, den Patienten unter Hinweis auf mögliche Komplikationen zu verbesserter Therapie zu motivieren, wenig Erfolg haben und statt dessen auf beiden Seiten ineffektive, starre und ritualisierte Interaktionsformen befördern.

Dies gilt auch für die Eltern, die in Sorge um das gesundheitliche Wohlergehen ihrer Kinder den Druck auf die Kinder erhöhen und sich dabei von der ärztlichen «Autorität» Unterstützung erhoffen,

die ihrerseits aber selbst unter Druck steht, wenn die vielen gut gemeinten und engagierten Bemühungen, den Patienten zu einer kontinuierlich guten Stoffwechselführung zu motivieren, immer wieder scheitern.

Die Thematisierung von Engung und Weitung kann auch für einzelne Jugendliche der Anstoß sein, eigene epikritische Überlastung in anderen Bereichen des persönlichen Lebens (vor allem Zeit vor dem PC, notebook oder smartphone, TV) zu reduzieren und durch protopathische Elemente zu ersetzen.

Der in der Neuen Phänomenologie entwickelte Blick auf die *Person* macht weiterhin deutlich, wie stark die mit der Diabeteserkrankung verbundenen Aufgaben grundlegende Bereiche der Lebensgestaltung *als Person* berühren. Die differenzierte Betrachtung des Wollens und des Prozesses der Entscheidungsfindung hilft, Pauschalierungen zu vermeiden, Probleme genauer zu verstehen und zu lösen.

Wenn ich Jugendliche, die Schwierigkeiten mit ihrer Diabetes-therapie haben, frage, wie hoch sie, auf einer Skala von 0 bis 10, die eigene Aufmerksamkeit für die Diabetestherapie einstufen, schätzen sie dies meist ziemlich niedrig ein. Auf die Frage, wo diese ihrer Meinung nach im Idealfall sein sollte, nennen sie fast ausnahmslos den Maximalwert. Meine Entgegnung, dass die Aufmerksamkeit *idealerweise* bei 0 liegen sollte (wenn nämlich die notwendigen Maßnahmen «automatisch» erfolgen), ruft ungläubiges Staunen hervor und ermöglicht, ausgehend vom Model des *habituellen Wollens* und der *Implantierung der Therapienotwendigkeiten* in die *persönliche Eigenwelt* ganz neue Zielsetzungen.

Der bewusste Umgang mit dem Situationsmodell hilft auch, die von Schmitz empfohlene Position einzunehmen, «*dass der gute Psychotherapeut eine Doppelrolle einnehmen muss, einerseits sensibel eingehend auf den Patienten und mitschwingend, andererseits ihn kritisch belauernd wie ein Detektiv den Verbrecher, um der undurchschauten Störung auf die Spur zu kommen*»⁵³. Das *Situationsmodell* rehabili-

⁵³ Schmitz in einer persönlichen Mitteilung aus dem Jahr 2003.

tiert somit die in der Medizin gegenüber der *analytischen Intelligenz* eher gering geschätzte *hermeneutische Intelligenz* als «Fähigkeit intelligenten Umgangs mit Situationen in der Einleibung ohne Explikation einzelner Bedeutung»⁵⁴. Diese ist notwendig, sich im Umgang mit den Patienten bewusst dem Fluss der gemeinsamen Situation anzupassen und durch die explizierten Eindrücke diese so zu gestalten, dass sie Ausgangspunkt einer gemeinsamen Denk- und Handlungsbasis sein kann. Ein am Situationsbegriff geschultes Kommunikationsverhalten erleichtert das geschickte Variieren zwischen poetischer und prosaischer Explikation.⁵⁵ Unter poetischer Explikation wird ein durch geschickte Wortwahl *andeutendes* Explizieren von Situationen verstanden, die – wie in der Poesie – Sachverhalte beschreibt, ohne ihre Einbettung in Atmosphären und Situationen zu verlieren. Man versteht, was gemeint ist, kann es aber nicht bis ins Einzelne erklären. Natürlich wird und muss es in der medizinischen Sprechstunde auch immer «prosaisch» herausgearbeitete Detailthemen geben, wie etwa Besprechung und Interpretation von Befunden, Änderungen der Medikamentendosis oder klare Handlungsempfehlungen. Die Auswahl aber, welche der vielfältigen und in der Sprechstunde niemals vollständig auszulotenden Einzelaspekte Gegenstand der Diskussion werden, gelingt ausgehend von einem Situationsverständnis mit Kombination poetischer und prosaischer Explikation deutlich besser, als wenn – wie in der Medizin sonst üblich – die Inhalte des Gesprächs ausgehend von objektiven Fakten (in der Regel Messwerte, Befunde, die die «Lage» objektiv beschreiben) aufgebaut werden.

Für das Arzt-Patientengespräch bedeutet eine Orientierung am Situationsmodell ein Herangehen, das darauf aus ist, aus der gemeinsamen Situation herauszuarbeiten, was aktuell «drin» ist. Durch eine nicht primär lösungsorientierte Gesprächsführung können durch gemeinsames «Kneten» der Situation⁵⁶ für beide Gesprächsteilnehmer erstaunliche und dann auch wirklich zur persönlichen

⁵⁴ Schmitz 2010b, S. 86f.

⁵⁵ Schmitz 2005b, S. 54f.

⁵⁶ Schmitz 1990, S. 169.

Situation des Patienten passende Ergebnisse gefunden werden, die dann die Chance haben, dauerhafte Wirkungen zu erzielen.

Ein differenziertes und fundiertes Instrumentarium zur Situationsanalyse ist in der Kinder und Jugendmedizin besonders wichtig, da es dort oft besonders unübersichtlich und «unordentlich» zugeht. Neben den Patienten sind ja auch die Eltern wesentliche Mitbetroffene und haben mit ihren Sorgen, Verantwortungsgefühlen, Lebensbewältigungs- und Erziehungsstilen am Therapieergebnis erheblichen Anteil.

6. Zusammenfassung und Ausblick

Die Betrachtung der Probleme und Aufgaben im Umgang mit der Diabeteserkrankung auf dem Boden der Neuen Phänomenologie fördert entscheidende Aspekte des Krankheitsgeschehens und Hinweise zu Herangehensweisen zu Tage:

Auf der leiblichen Ebene:

- Eine Hemmung der Zuwendung des vitalen Antriebs
- Eine Störung des Gleichgewichts zwischen epikritischen und protopathischen Elementen
- Das Konzept der Kommunikation als Einleibung

Im Konzept der Person:

- Ein differenziertes Modell von personaler Gesundheit
- Ein differenziertes Modell von Wollen und Entschlussbildung
- Das Verständnis der Diabetestherapie als Konflikt zwischen persönlicher Eigen- und Fremdwelt

Im Situationskonzept:

- Eine veränderte Einstellung zur Begegnung mit dem Patienten und Hilfe bei der Beurteilung der Nachhaltigkeit von Therapieprozessen

Dadurch werden die bekannten Therapieprobleme lebensnaher, es ergeben sich auch für unübersichtliche Situationen neue und hilfreiche Orientierungspunkte. Die vielen, in den verschiedenen Wissenschaften (Medizin, Soziologie, Psychologie) gesammelten Erkenntnisse werden damit aber nicht entwertet, sondern können in einen sinnvollen Kontext geordnet werden.

Es wird deutlich, dass Philosophie im Sinne eines Sichbesinnens auf sein Sichfinden in seiner Umgebung kein intellektuelles Spiel, sondern praktisch relevantes Handeln ist. Gerade angesichts der machtvollen Instrumente der modernen Medizin ist das geglückte «*Sichfinden*» in seiner Umgebung für jeden Arzt von großer Bedeutung, indem aus den möglichen Aspekten der aktuellen Situation die «richtigen» herausgegriffen und daraus sinnvolle Entscheidungen für Handeln oder Unterlassen abgeleitet werden müssen.

Es wäre wünschenswert, wenn sich aufbauend auf den zum Diabetes vorliegenden phänomenologischen Erkenntnissen eine breitere, auf den Erkenntnissen der Neuen Phänomenologie aufbauende Diskussion zu den verschiedenen Aspekten therapeutischer und diagnostischer Probleme entwickeln würde. Dabei ist nicht nur die phänomenologische Betrachtung der *Probleme* interessant, sondern auch die Frage, wie und unter welchen Umständen es Menschen gelingt, ihre Diabeteserkrankung so harmonisch in die persönliche Eigenwelt einzubauen, dass die Erfüllung der lästigen Therapienotwendigkeiten die Gestaltung des eigenen Lebens nicht entscheidend stört.

Über das Thema Diabetes hinausgehend bedarf das große und unter epidemiologischem Blickwinkel immer wichtiger werdende Gebiet der chronischen Krankheit wegen seiner hohen Komplexität dringend einer umfassenden theoretischen Konzeption. Es ist zu erwarten, dass die Instrumente der Neuen Phänomenologie durch genaue Betrachtung der leiblichen Charakteristika und der Art, welche Auswirkungen sich für den Patienten (und seine Angehörigen) als *Person* ergeben, zum Verständnis verschiedener, vor allem chronischer, Erkrankungen wertvolle Dienste leisten können. Die Konzepte der Neuen Phänomenologie zur Kommunikation und zum Leben in Situationen warten auf ihre Anwendung in vielen Gebieten des Lebens.

Zum erweiterten Verständnis von Krankheitsbildern wäre es generell dringend wünschenswert, die auf somatischen Parametern entwickelte Nosologie durch eine phänomenologische Charakterisierung zu ergänzen. Dies ist in Einzelfällen bereits geschehen,

z. B. durch Alexander Risse für das Verständnis des sogenannten «diabetischen Fußes»⁵⁷, Andrea Moldzio für das Krankheitsbild der Schizophrenie,⁵⁸ Hermann Schmitz für Adipositas⁵⁹ und gestörtes Essverhalten⁶⁰.

Auch hinsichtlich der Frage, wie die bisher trotz immensen Aufwands enttäuschenden Ergebnisse der Präventionsmedizin verstanden und möglicherweise verbessert werden können, sind von der Neuen Phänomenologie interessante Anregungen zu erwarten. Diese können anknüpfen an das Gesundheitskonzept, aber auch an die (über die in diesem Beitrag dargestellten Aspekte hinausgehende) Zeitphilosophie,⁶¹ mit der vielleicht verständlicher wird, warum in der Zukunft drohende Ereignisse (z. B. Krebserkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall) so geringen Einfluss auf das Verhalten der Menschen in der Gegenwart haben.

⁵⁷ Risse 1998, S. 55ff. und Risse 2008.

⁵⁸ Moldzio 2004.

⁵⁹ Schmitz 2005a, S. 156ff.

⁶⁰ Schmitz 2010a, S. 349ff.

⁶¹ Schmitz 1990, S. 247ff.

Literatur

- Burger, Walter: Macht und Ohnmacht in der Arzt-Patienten-Begegnung, in: Wendel, Hans Jürgen/Kluck, Steffen (Hg.) Zur Legitimierbarkeit von Macht. Freiburg / München 2008, S. 151–175
- Förster, Heinz von: Prinzipien der Selbstorganisation im sozialen und betriebswirtschaftlichen Bereich. In: ders., Wissen und Gewissen. Versuch einer Brücke, hg. v. Siegfried J. Schmidt. Frankfurt a. Main 1993 S. 245–252
- Gadamer, Hans-Georg: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt a. Main 1993
- Lewin, Roger: Die Komplexitätstheorie. Wissenschaft nach der Chaosforschung. München 1996
- Moldzio, Andrea: Schizophrenie, eine philosophische Erkrankung. Würzburg 2004
- Risse, Alexander: Phänomenologische und psychopathologische Aspekte in der Diabetologie. Berlin / New York 1998
- Risse, Alexander: Ätiologie und Pathophysiologie des diabetischen Fußsyndroms. Diabetes aktuell 2008 6, 201
- Sackett, David L., Richardson W. Scott, Rosenberg William, Haynes R. Brian: Evidenz basierte Medizin. München / Bern / Wien / New York 1999
- Schipperges, Heinrich: Krankheit und Kranksein im Spiegel der Geschichte. Berlin / Heidelberg / New York 1999
- Schmitz, Hermann: Der unerschöpfliche Gegenstand. Bonn 1990
- Schmitz, Hermann: Die Liebe. Bonn 1993
- Schmitz, Hermann: Neue Grundlagen der Erkenntnistheorie. Bonn 1994
- Schmitz, Hermann: Höhlengänge. Über die gegenwärtige Aufgabe der Philosophie. Berlin 1997
- Schmitz, Hermann: Philosophisches Nachwort in Berger, Michael (Hg.) Diabetes mellitus. München / Jena 2000, S. 822–829

Schmitz, Hermann: in Schmitz, Hermann / Marx, Gabriele / Moldzio, Andrea: Begriffene Erfahrung. Beiträge zur antireduktionistischen Phänomenologie. Rostock 2002

Schmitz, Hermann: System der Philosophie. Band 1–5. Studienausgabe. Bonn 2005

Schmitz, Hermann: System der Philosophie. Band II 1/2 «Der Leib», Studienausgabe. Bonn 2005 (=2005a)

Schmitz, Hermann: Situationen und Konstellationen. Wider die Ideologie totaler Vernetzung. Freiburg / München 2005 (=2005b)

Schmitz, Hermann: Kurze Einführung in die Neue Phänomenologie. Freiburg / München 2009

Schmitz, Hermann: Jenseits des Naturalismus. Freiburg / München 2010 (=2010a)

Schmitz, Hermann: Bewusstsein. Freiburg / München 2010 (=2010b)

Schmitz, Hermann: Der Leib. Berlin / Boston 2011

Schmitz, Hermann: Das Reich der Normen. Freiburg / München 2012

Uexküll, Thure von / Wesiack, Wolfgang: Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München 1988

Prof. Dr. med. Walter Burger
 Leiter Diabeteszentrum für Kinder und Jugendliche
 DRK Kliniken Berlin | Westend
 Spandauer Damm 130
 14050 Berlin

Rostocker Phänomenologische Manuskripte

Die «Rostocker Phänomenologischen Manuskripte» sind eine Schriftenreihe, in der in loser Folge Arbeiten aus dem Umkreis des Lehrstuhls für Phänomenologische Philosophie publiziert werden. Diese Texte sollen so etwas wie Werkstattberichte aus der lebendigen phänomenologischen Forschung sein.

Zur Tradition der Phänomenologie um Edmund Husserl, Max Scheler, Martin Heidegger und Jean-Paul Sartre steht die Schriftenreihe in einem Verhältnis kritischer Dankbarkeit. Das Anliegen der älteren Phänomenologie war es, hinter die spekulativen Konstruktionen der traditionellen Philosophie auf die Gegebenheiten der Lebenserfahrung zurückzugehen. Die von Hermann Schmitz begründete Neue Phänomenologie ist eine philosophische Bewegung, die dieses Bemühen auf neuer Ebene fortführt. Ihr Ziel ist es, in empirisch und begrifflich weiter als bisher ausgreifenden Untersuchungen möglichst exakte Beschreibungsmittel zur Verfügung zu stellen, um die unwillkürliche Lebenserfahrung besonnenem Begreifen zugänglich zu machen.

Die Phänomenologie interessiert sich daher für das Phänomen selbst. Sie fragt: Was ist etwas? Wie läßt es sich beschreiben? Sie ist unzuständig für manche Fragen der bloßen Verursachung oder der technischen Verwendbarkeit, die dem heutigen Denken naheliegen und von der Sache selbst ablenken: Woher kommt etwas, wie läßt es sich hervorrufen, was steckt dahinter, worauf läßt es sich zurückführen? Ebenso wendet sich die Phänomenologie gegen alle Versuche, den Gegenstand zu reduzieren, ausgedrückt in Wendungen wie «das ist doch nur...» oder «das ist doch nichts als...».

Die in den «Rostocker Phänomenologischen Manuskripten» vorgestellte Phänomenologie nimmt alle Phänomene im Sich-Finden der Menschen ernst, auch diejenigen, die in herkömmlicher Perspektive als «bloß subjektiv» abgewertet und abgedrängt werden. Darin liegt ein problematischer Zug unserer Orientierung in der Welt. Die Phänomenologie bemüht sich demgegenüber um eine Rehabilitierung des Subjektiven, um eine Erforschung der Eigenart auch jener Erfahrungen, zu denen der Mensch sich nicht bloß neutral und vertretbar verhalten kann.

Sobald Menschen über ihr affektives Betroffensein zu sprechen versuchen, bleibt nur das schablonenhafte Stammeln, das vage Gerede oder der Ausweg zu den Dichtern, die alles mit schönen, aber unverbindlichen Worten sagen können. Wer sich Rechenschaft darüber geben möchte, wie ihm zumute ist, erhält von der Naturwissenschaft und der Philosophie wenig Hilfe.

Das hat Konsequenzen im Alltag: Wenn der Patient dem Arzt sagen soll, wie es ihm geht, wird es ihm nur mühsam und unzureichend gelingen, dem Gesprächspartner das mitzuteilen, was ihm wichtig ist. Dieser eigentümliche Mangel in der Sprachfähigkeit der Menschen hat seinen Grund in der Mißachtung der Phänomene menschlichen Erlebens durch die Wissenschaften. Was in der eigenen Lebensführung das Nächste, Vertrauteste ist, wird von der Theorie sträflich ignoriert. Diesen Graben zwischen Betroffensein und Besinnung zu überbrücken, hat sich die Neue Phänomenologie zur Aufgabe gemacht. Es geht ihr darum, den Menschen im Hinblick auf ihr Befinden zu einer konsistenten Sprechweise zu verhelfen, die es ermöglicht, den Zustand des bloß Fühlen-, aber nicht Sagenkönnens zu überwinden.

BISHER ERSCHIENEN

2008

RPM 1

Hermann Schmitz:

Epochen des menschlichen Selbstverständnisses in Europa

RPM 2

Michael Großheim:

Phänomenologie der Sensibilität

RPM 3

Steffen Kluck:

Der Zeitgeist als Situation

2009

RPM 4

Ulrich Pothast:

*Lebendige Vernünftigkeit –
Exposition eines philosophischen Konzepts*

RPM 5

Gernot Böhme:

*Zeit als Medium von Darstellungen und
Zeit als Form lebendiger Existenz*

RPM 6

Steffen Kammiller:

*Rauchzeichen aus dem Labyrinth –
Der ontologische Anspruch der Photographie*

2010

RPM 7

Günther Jakobs:

*Strafrechtstheoretische Bemerkungen zur Normenlehre
von Hermann Schmitz*

RPM 8

Jan Slaby:

*Gefühl und Weltbezug –
Eine Strukturskizze der menschlichen Affektivität*

RPM 9

Barbara Wolf:

Die persönliche Situation als Bildungsaufgabe

RPM 10

Hermann Schmitz:

Geltung

2011

RPM 11

Joachim Fischer:
*Universeller Ausdrucksüberschuss –
Randbeobachtungen zur philosophischen Anthropologie der Intersubjektivität*

RPM 12

Andrzej Przylebski:
*Hermeneutische Philosophie der Wissenschaft –
Bemerkungen im Ausgang von Gadamer und Fleck*

RPM 13

Yuho Hisayama:
*Ästhetik des kehai –
Zur transkulturellen Phänomenologie der Atmosphäre*

2012

RPM 14

Hermann Schmitz:
Die Weltspaltung und ihre Überwindung

RPM 15

Walter Burger:
*Der Beitrag der Neuen Phänomenologie zum Verständnis chronischer Krankheit –
Überlegungen und Erfahrungen am Beispiel des Diabetes mellitus*

RPM 16

Michael Großheim:
Der Mensch in der Phänomenologie