

Spürend denken, verwoben handeln

Skizzen eines allgemeinmedizinischen „best account“

Feelful Thinking, Interwoven Acting

Sketches of a Family Medicine “Best Account”

Harald Kamps

Zusammenfassung

Die Hufeland lecture 2022 beschreibt – anknüpfend an die von Hufeland erlebte Spannung zwischen Aufklärung und Romantik – das Verhältnis von Theorien und Praxis in der Allgemeinmedizin. Diese Praxis kann als agile Arbeiten bezeichnet werden. Das Akronym VUCA (volatile, uncertain, complex, ambiguous) passt zu den Herausforderungen der Hausarztmedizin. Hausärzt:innen sind Expert:innen für das Veränderliche, Unsichere, Komplexe und Mehrdeutige. Im täglichen Gespräch mit den Patient:innen wird die Theorie der evidenzbasierten Medizin mit dem persönlichen Erleben von Patient und Arzt verwoben. Für dieses persönliche Erleben werden passende Theorien nur unzureichend genutzt. Dies gilt für Forschung und Praxis. Es geht darum, die Lebenssituation der Patient:innen bestmöglich zu deuten („best account“). Passende Themen sind geteilte Entscheidungsfindung, Wertschätzung, Salutogenese, Metaphern, Scham, Resonanz und viele mehr. Solche Theorien werden als Thematheorien bezeichnet. Wenn diese ins Denken und Handeln integriert werden, lernen Mediziner, wie sie spürend denken und verwoben handeln können. Diese Vielfalt lässt sich nur umsetzen mit der Grundhaltung, es „gut genug“ zu tun.

Schlüsselwörter

agiles Arbeiten; Arzt-Patienten-Kommunikation; „best account“; Thematheorien; Denken der Spur

Summary

The Hufeland lecture 2022 describes – following the tension between Enlightenment and Romanticism experienced by Hufeland – the relationship between theories and practice in family medicine. This practice can be called agile working. The acronym VUCA (volatile, uncertain, complex, ambiguous) fits the challenges of family medicine. Family doctors are VUCA-experts. In daily conversations with patients, the theory of evidence-based medicine is interwoven with the personal experience of the patient and the doctor. Appropriate theories are insufficiently used for this personal experience. This applies to research and practice. It is about best interpreting (best account) the life situation of the patients. Appropriate topics are shared decision-making, appreciation, salutogenesis, metaphors, shame, resonance and many more. Such theories are called „substantive theories“. When these are integrated into thinking and acting, doctors learn how to think sensing and act interwoven. This diversity can only be realised with the basic attitude of doing it “good enough“.

Keywords

agile working; doctor-patient-communication; best account; substantive theories; thinking the trail

Hufeland, dieser vor über 250 Jahren geborene königliche Leibarzt, ist mir plötzlich sehr nahegekommen. Ich habe mir in den letzten Monaten oft vorgestellt, welche Gespräche in den Salons von Goethe oder Schiller geführt wurden – einer Zeit, geprägt vom Spagat zwischen Aufklärung und Romantik. „Jeder Kranke“, so sagt er in seinem nach dem Tod veröffentlichten medizinischen Handbuch (Enchiridion, S.69 [1]), „ist ein Tempel der Natur, nahe dich ihm mit Ehrfurcht und Weihe, entferne von dir Leichtsin, Selbstsucht und Ge-

wissenlosigkeit, dann wird sie gnädig auf dich blicken, und ihr Geheimnis dir aufschließen“. Diese Tempel-Metapher kam mir von einem Gespräch bekannt vor: „Früher empfand ich mich als Kathedrale, jetzt bin ich nur noch eine heruntergekommene Kapelle“, sagte ein 45 Jahre alter Mann zu mir, als wir gemeinsam darüber sprachen, ob er mit seiner ausgeprägten Herzschwäche jemals wieder arbeiten könne.

Arzt: „Heruntergekommene Kapelle ... das müssen Sie mir erklären, bitte.“

Patient: „Seit meinem Herzinfarkt letztes Jahr kann ich keine Treppe mehr steigen, ohne zu schwitzen. Ich habe einfach keine Puste mehr.“

A: „Was kann ich denn heute für Sie tun?“

P: „Vielleicht hilft eine neue Untersuchung beim Kardiologen? Und außerdem brauche ich eine neue Krankschreibung.“

A: „Ja, beides ist okay.“

Unterbrechen wir das Gespräch an dieser Stelle – bereits jetzt verbergen sich zwischen den Zeilen viele Theorien, die

ich in meinem langen Hausarztleben gesammelt habe. Hufeland ist für mich als inspirierende Quelle neu. Ich habe immer nach passenden Theorien für meine tägliche Praxis gesucht. Ich habe nach Wegen gesucht, den vermeintlichen Gegensatz zwischen Körper und Seele aufzuheben. Ich habe nach Spuren gesucht in den Lebenswelten der Menschen, die mich als Patient:innen aufgesucht haben, und wie ich diese mit meinem medizinischen Wissen verweben kann.

In der Vorbereitung zu diesem Beitrag habe ich mich gefragt, wer hat mich, in meiner persönlichen Vorgeschichte, am meisten beeindruckt? Dem Begriff Hausarzt oder Allgemeinmedizin bin ich während meines Studiums an der Universität Bonn in den 1970er-Jahren nicht begegnet. Hausarzt wurde ich plötzlich, während meiner Pflichtausbildung in Norwegen. Dort muss jede Ärzt:in ein halbes Jahr in einer Hausarztpraxis arbeiten – verteilt über das ganze Land. Mich hat es nach Sortland, auf einer Insel nördlich der Lofoten, verschlagen. Ich lernte dort, was es bedeutet, Hausarzt zu sein. Ich lernte, dass Ärzte von ihren Patienten lernen: „Doktor – ich habe schon manch einen Wintersturm überstanden, dann werde ich das auch schaffen.“ Diese Menschen im Norden wussten, was sie vom Doktor wollten, sie waren aber auch selbstbewusst genug zu wissen, wo sie ihn nicht brauchten. In diesen Gesprächen habe ich bereits versucht, „spürend zu denken“, also neugierig passende Spuren, die von den Patient:innen ausgelegt wurden, aufzugreifen oder zu merken, welche von meinen Spuren und Anregungen auf Resonanz stießen. Im hausärztlichen Gespräch entstand ein Gewebe geprägt sowohl von den Befürchtungen und Erwartungen der Patient:innen wie auch vom Wissen und Erklärungen des Arztes.

Zurück in Deutschland, noch auf dem Weg Psychiater zu werden, begegnete mir während des Grundkurses Psychiatrie in Norwegen Kirsti Malterud. Sie wurde später Skandinaviens erste weibliche Professorin für Allgemeinmedizin. Uns verbindet seitdem eine lange fachliche und persönliche Freundschaft. Sie promovierte zum Thema: Welche Schlüsselfragen muss ich stellen, damit ich verstehe, warum die Pa-

tient:innen eigentlich zu mir kommen und was sie von mir erwarten [2, 3]. Sie engagierte sich für eine lebensnahe Forschung mit qualitativen Methoden, die auch das Verborgene sichtbar macht [4]. 2021 haben wir gemeinsam einen Versuch gemacht, das VUCA-Konzept für uns Allgemeinmediziner fruchtbar zu machen [5].

Das Akronym VUCA (*volatility, uncertainty, complexity and ambiguity*) und die Forderung nach agilem Arbeiten kommt ursprünglich aus der militärischen Welt und der Management-Ratgeber – ein guter Grund, extra wachsam zu sein. Trotzdem glauben wir, dass diese Begriffe hilfreich sein können, auch um die Besonderheiten des Faches Allgemeinmedizin in der Öffentlichkeit und der Fachwelt zu beschreiben. Agiles Arbeiten ist in der Hausarztpraxis nichts Neues, im Gegenteil: Es ist typisch für die Hausarztpraxis. Oft zitiert wird der Ausspruch eines englischen Hausarztes: „Bei den Fachspezialisten bleiben die Krankheiten und die Patienten kommen und gehen. Bei den Hausärzten bleiben die Patienten und die Krankheiten kommen und gehen.“ Bereits dieser ständige Wechsel der medizinischen Themen erfordert agiles Arbeiten. Und der Umgang mit Unsicherheit, Komplexität und mehrdeutigen Situationen ist seit Langem Thema der Fort- und Weiterbildung. Wir können besonders gut agil arbeiten, wenn wir uns beobachten, wie mit einer Kamera, die uns vermittelt, ob wir noch auf Augenhöhe mit dem Patienten agieren, ob wir ihre Befürchtungen und Erwartungen ernst nehmen und wie wir die Verantwortung für die weitere Diagnostik oder Behandlung verteilen. „*Reflection-in-action*“ nannte der Philosoph und Professor für Stadtplanung Schön diese Haltung, während der Arbeit als Lehrer oder Arzt über die Wirkungen der Arbeit nachzudenken. „*Reflection-on-action*“ wird dieses Nachdenken im Nachhinein – auch um sein eigenes Tun zu evaluieren oder zu erforschen [6]. Reflektierende Praxis schärft alle Sinne beim spürenden Denken.

Dr. Good-enough

Als ich 1982 in einer kleinen Gemeinde nördlich von Trondheim als Landarzt begann, vernetzte mich Kirsti mit Per Fugelli, einem in Norwegen allen Menschen bekannten Sozialmediziner, dem

„Mann mit der Fliege“. Einer seiner berühmten Formeln war $G = B \times K \times P^2$ – also: Gesundheit ist das Produkt aus Biologie mal Kultur mal Politik im Quadrat – oder typisch für den brillanten Kommentator gesellschaftlichen Lebens: Für die Gesundheit ist der Bürgermeister wichtiger als der Hausarzt. Er war einer der ersten akademischen Lehrer, der vom „Patienten Erde“ sprach – bereits 1993 schrieb er: „Die Erde ist krank. Die globale Umweltzerstörung hat ernste Folgen für die Gesundheit der Menschen. Es ist an der Zeit, dass wir Ärzte der Welt eine Diagnose stellen und eine passende Therapie verordnen.“ Er wurde zu einem Begründer des Konzeptes Planetary Health.

In seinen ersten Jahren als Allgemeinmediziner wurde auch er von der Rauheit, aber auch Herzlichkeit der Bewohner von Våroy und Röst beeindruckt – zwei kleine Inseln westlich der Lofoten. Seine letzten Lebensjahre waren geprägt durch seine Krebserkrankung und seine offensive Art damit umzugehen: „Tod – sollen wir tanzen?“ war der Titel eines seiner Bücher. Über seine letzten Lebensmonate wurde auch ein Dokumentarfilm gedreht („Per Fugelli – Das letzte Rezept“). Im Vorspann dazu heißt es: „Gesundheit entsteht in der Community. Und durch Würde. Würde bedeutet, als der gesehen und akzeptiert zu werden, der man ist. Mit allen Fehlern. Und nicht als Hochglanzfoto.“ Seine wichtigste Botschaft für mich wurde: als Hausarzt gut genug zu sein und nicht nach Perfektion zu streben. Das verwebt unser Leben mit dem unserer Patienten.

Sprache schafft Wirklichkeit

In meiner hausärztlichen Praxis wurde es für mich wichtig, Sprache ernst zu nehmen, jedes Wort, das gesprochene und noch nicht ausgesprochene, „auf der Zunge zergehen“ zu lassen und besonders auf persönliche, sprachliche Bilder, Metaphern, zu achten. Dies wollte ich auch in einer Doktorarbeit wissenschaftlich bearbeiten und fand zwei Betreuer:innen: Kirsti Malterud und den Literaturwissenschaftler Petter Aaslestad. Dieser hatte 1997 seine Arbeit „Der Patient als Text“ veröffentlicht, die später auch in einer englischen Übersetzung erschien [7]. Das Material zu dieser Arbeit fand er in psychiatrischen Journalen aus den 100

Jahren von 1890–1990 in einem Osloer Krankenhaus. Einer seiner wichtigen Befunde: Während in den ersten Jahrzehnten die Patienten selber zu Wort kamen, oft sogar in direkter Rede, wurde in den letzten Jahrzehnten eher über die Patienten geredet. Jetzt wurde der Arzt zum Text und der Patient zum Objekt. Der Antrag zur fünfjährigen Forschungsförderung führte zu einem Beitrag in der norwegischen Ärztezeitung [8, 9] und das Thema zu einer öffentlichen Debatte. Aus der Förderung wurde erst mal nichts – und ich zog aus privaten Gründen von Trondheim nach Berlin: wieder zurück zur deutschen Sprache, mit dem norwegischen Blick auf das deutsche Gesundheitswesen, neugierig auf überraschende Spuren.

Körper oder Seele?

Ich verlasse jetzt vorübergehend die Erinnerung an Menschen, die mein Denken mitgeprägt haben und frage: Welche Theorien stecken in dem kurzen Gespräch mit dem jungen Mann, der wegen seiner Herzschwäche krankgeschrieben ist? Zu Beginn steht eine Metapher, die mich als Arzt aufhorchen lässt. Ich kenne den Patienten seit vielen Jahren, weiß, dass er im Süden Norwegens aufgewachsen ist, in einer Landschaft mit vielen Gebetshäusern kleiner Freikirchengemeinden mit oft strengen Moralvorstellungen. Sein Umzug in die Stadt mit der großen Kathedrale muss wie eine Befreiung gewesen sein und hat offensichtlich sein Selbstbewusstsein geprägt. Der Herzinfarkt muss diesen Stolz auf sein Leben zerstört haben. Er ist verunsichert, sucht nach medizinischen Lösungen. Der Arzt wird in seiner Rolle als Verwalter sozialer Rechte gefragt. „Street level bureaucracy“ nennt die angelsächsische Welt die Forschung zu diesem Thema. In Deutschland könnte sie „Bürokratie von unten“ heißen. Viele Spuren warten darauf, zu einem neuen Bild gewebt zu werden. Das fiktive Gespräch könnte jetzt so weitergehen:

P: „Ja, ich brauche heute neue Rezepte. Ich habe mir sogar so eine neue Uhr gekauft, die kann auch ein EKG machen und mir zeigen, ob mein Herz regelmäßig schlägt oder nicht.“

A: „Das ist ja toll. Ja, es wäre nicht gut, wenn Sie jetzt auch noch Vorhofflimmern

bekommen würden. Wie oft machen Sie denn so ein EKG?“

P: „Jeden Freitagabend, da messe ich auch den Blutdruck. Seit ein paar Monaten ist der richtig gut. Schauen Sie mal, so sieht meine Tabelle dazu aus.“

A: „Sehr gut gemacht. Mit der Uhr können Sie doch noch mehr machen. Ihre Schritte zählen zum Beispiel.“

P: „Ja, ein guter Freund von mir hat das auch vorgeschlagen, dass wir gemeinsam zwei oder drei Mal die Woche im Park spazieren können – und immer ein bisschen weiter. Das traue ich mich aber nicht. Ich werde so schnell kurzatmig.“

A: „Das wäre aber eine sehr gute Idee. Und die Uhr kann warnen, wenn es zu anstrengend wird und das Herz zu schnell schlägt. Ihr Bild von der Kathedrale und der Kapelle hat mich sehr beeindruckt. Kennt ihr Freund Sie noch als Kathedrale?“

P: „Wir kennen uns schon seit vielen Jahren. Wir sind früher immer zusammen Fahrrad gefahren. Haben lange Touren gemacht. Es ist schon peinlich, dass ich das alles nicht mehr machen kann.“

A: „So ein richtig guter Freund findet eine Kapelle sicher auch spannend. Kathedrale zu sein ist doch richtig anstrengend.“

P: „Ja, das stimmt. Vielleicht hat mir das Leben als Kathedrale auch den Herzinfarkt eingebracht.“

Wieder neue Themen: Gibt es digitale Angebote, die hilfreich sind? Behalten wir die Kontrolle über diese oder werden wir zu Sklaven einer neuen Technik? Gleichzeitig öffnet der Patient das Gespräch und erlaubt uns, über seine Scham zu sprechen oder über seine Vorstellungen, warum er einen Herzinfarkt bekommen hat. Spätestens jetzt taucht der allgegenwärtige Dualismus auf: Ist das psychisch oder körperlich? Die Auflösung dieses anstrengenden, vermeintlichen Widerspruchs hat mich mein berufliches Leben beschäftigt. Wenn wir gemeinsam mit unseren Patient:innen Entscheidungen fällen, dann müssen wir auch darüber nachdenken, ob wir gemeinsame Vorstellungen und Deutungen haben, was uns krank und wieder gesund macht.

Leib als lebendiger Körper

Zurück in Deutschland war es wieder ein jährlich sich wiederholendes Symposium, das mein Denken entscheidend beeinflusste: die Jahrestagungen der Gesellschaft für Neue Phänomeno-

logie. Der Philosoph Hermann Schmitz hat diese Richtung der Phänomenologie begründet. Jedes Jahr im April treffen sich Menschen aus vielen unterschiedlichen Fachrichtungen, um in Rostock einen gemeinsamen Raum zu finden, in dem die Begriffe der Neuen Phänomenologie für die eigene Arbeit fruchtbar gemacht werden können: Situation, Atmosphäre, Leib und Gefühl, subjektive Tatsachen, unwillkürliche Lebenserfahrung. Mit dem Begriff „Leib“ ist die deutsche Sprache in der Lage, den scheinbaren Widerspruch zwischen Körper und Seele, zwischen Soma und Psyche zu überwinden. Dieser lebendige Körper wird bei Schmitz zum Leib, der aus der chaotischen Mannigfaltigkeit von Atmosphären und Situationen das herausfiltert, was zum Denken und Handeln passend ist [10]. In Skandinavien hat sich dazu früh der schwedische Mediziner Carl Edvard Rudebeck positioniert mit dem von ihm geprägten Begriff der „existenziellen Anatomie“. Er argumentiert mit Merlau-Ponty für den „lebendigen Körper“ [11]. Die Schmitzsche Philosophie ist anstrengend zu verarbeiten, auch eigene Versuche zusammen mit Dirk Harms, dies Kolleg:innen zu vermitteln, konnten kaum nachhaltigen Eindruck hinterlassen [12, 13]. Schade, denn „spürendes Denken“ wird gerade dadurch geschult, dass wir unmittelbar leiblich betroffen werden, durch eine besondere Stimmung, eine auffällige Mimik, durch ein Erschrecken bei der körperlichen Untersuchung, eine Pause im Gespräch.

„Best account“ – gerade in der Allgemeinmedizin

Den letzten Vortrag auf dem Symposium der Gesellschaft für Neue Phänomenologie im April 2022 hielt der Soziologe Hartmut Rosa unter dem Titel: Soziologie der Weltbeziehung und Neue Phänomenologie – Berührungspunkte und Divergenzen. Er plädierte für einen „best account“: Das ist „ein Versuch, eine bestmögliche Deutung einer Lage auf der Basis allen verfügbaren Wissens zu formulieren“ [14, S. 166 f]. Wenn wir ernst nehmen, in der Medizin „alles verfügbare Wissen“ zur Grundlage unserer Entscheidungen zu machen, dann müssen wir auch „subjektive Tatsachen“ erforschen, aus der 1.-Person-Perspektive heraus. Ein „best account“ in der Hausarztmedizin entsteht in der

Wechselwirkung von spürendem Denken und verwobenen Handeln. Spürendes Denken vereint Denken in der ersten und dritten Person. Verwobenes Handeln nimmt auf, was sich über die Zeit aus der gemeinsamen Patient-Arzt-Beziehung entwickelt und beschreibt eine selbstreflektierende Praxis.

Für mich persönlich war die von Rosa entwickelte Soziologie der Resonanz [15] eine kreative Erweiterung und handlungsleitend für meine tägliche Praxis. Ich bin der festen Überzeugung, dass Resonanzerlebnisse heilsam sind. Nur: Diese lassen sich nicht bestellen oder per Rezept verschreiben. Um Resonanz zu erleben, muss man sich auf die Welt einlassen, ohne sie kontrollieren zu wollen. Wir müssen akzeptieren, dass die Welt, in der wir leben, prinzipiell unverfügbar ist [16]. Wir müssen damit rechnen, dass sie, wenn wir sie greifen wollen, zerplatzt – wie eine Seifenblase.

Aufklärung und Romantik haben gemeinsam, dass sie die Emanzipation der Person, des Einzelnen, als Lebensziel ausgeben. „Ich bin, was ich bin“ – als Mantra des modernen Lebens – und der modernen, westlichen Medizin. „Ich bin, weil wir sind.“ So wird das Wort „*Ubuntu*“ aus einer südafrikanischen Sprache oft übersetzt. *Ubuntu* bezeichnet auch eine Philosophie des humanen Miteinanders, eine Philosophie, in der das Wir wichtiger ist als das Ich. Der Mensch lebt immer verwoben mit der Welt. Er lebt weniger in einer Beziehung zur Welt, sondern in der Welt. Wir leben verschränkt mit der Welt. Naturwissenschaftliche Methoden legen uns nahe, diese Einheit genauer zu untersuchen, vielleicht sogar unter dem Mikroskop. Diese Methoden haben zu wichtigen Erkenntnissen geführt, die ich als Arzt nicht missen will. Die Begeisterung über diese Erfolge lässt dann aber gerne vergessen, dass wir damit die kleinste Einheit (der Mensch verschränkt in seiner Welt) reduziert haben, dass wir vielleicht wichtige Spuren in den lebensweltlichen Situationen übersehen haben.

Thematheorien – für die Forschung und Praxis

Im Laufe der Jahrzehnte haben mich viele Menschen fachlich beeindruckt: durch ihre Bücher oder in persönlichen Begegnungen. Das gilt auch für Pa-

tient:innen, die ich über Jahre begleiten durfte. Ich erlebte einen ständigen Wechsel zwischen Theorie und Praxis – oder genauer: Herausgefordert wurde das Nachdenken über die vielen Theorien und der alltäglichen Praxis. Dabei ging es mir weniger um die großen Theorien, also mein Selbstverständnis als positivistisch denkender Naturwissenschaftler oder als Mediziner, der sich von den Geisteswissenschaften inspirieren lässt. Der Körper blieb für mich nicht mehr nur objektiver Körper, sondern gleichzeitig leibhaftiger, lebendiger Körper. Wir müssen uns als Mediziner nicht mehr entscheiden zwischen Aufklärung und Romantik, zwischen „*enlightment*“ und „*enlivement*“, einem schönen Wortspiel von Andreas Weber [17]. In dem diesen Text begleitenden, fiktivem Gespräch sind viele Theorien verborgen und wirksam. Um nur ein paar zu nennen: Metaphertheorie, Geteilte Entscheidungsfindung, Bürokratie-von-unten, Selbstwirksamkeit, Anerkennung, Vertrauen, Scham, Verbundenheit, Resonanz, Passung. Thematheorien nennt ein skandinavisches Autorenteam solche Theorien [18] – im englischen sind es „*substantive theories*“ [19]. Hier eröffnet sich ein weites Feld für allgemeinmedizinische Forschung, aber auch unmittelbar für eine von diesen Themen berührte Praxis.

Als Allgemeinmediziner muss ich nicht Linguist werden, um Metaphern kreativ zu nutzen, ich muss kein Soziologe werden, um Resonanz zu ermöglichen oder um gemeinsam mit den Patient:innen deren „In-der-Welt-Sein“ zu beschreiben. Ich muss kein Psychotherapeut sein, um mit meinen Patient:innen über Scham zu sprechen. Ich muss es nur gut genug machen. Ich bin lieber, Per Fugelli folgend, der *Dr. Good-enough* als *Professor Perfect*.

Aufklärung und Lebendigkeit ernst nehmen bedeutet aber auch, dass sich die Theorien nicht widersprechen dürfen. Mein Unbehagen an der unlebendigen Medizin für identische Individuen hat mich angeregt, mich für verschiedene Thematheorien zu interessieren. Ich hatte in meiner Praxis keine „Diabetiker“ oder „Fibromyalgiepatienten“, aber viele Menschen, die auch in das DMP Diabetes eingeschrieben waren oder Patient:innen mit chronischen Schmerzen am ganzen Körper. Mir ging es immer darum zu erfahren, wie Men-

schen mit ihren Symptomen umgehen. In meiner Praxis war das Wort „Psyche“ verpönt. In kollegialen Kreisen war das nicht immer einfach, teilte ich doch mit den „psychosomatisch“ arbeitenden und geschulten Kolleg:innen eher ein gemeinsames Unbehagen [20, 21]. Ich würde mich freuen, wenn dieser Artikel dazu beiträgt, dass jede Ärztin, jeder Arzt noch mal nachdenkt, bevor sie oder er sagt: „Da müssen wir erst mal alles Körperliche abklären“ oder: „Das könnte ja auch psychisch sein“.

Wie war das für Hufeland? Hufeland begann seine Tätigkeit als Arzt, als Forscher und Verfasser wissenschaftlicher Schriften in einer gesellschaftlichen Umbruchsituation: Ein Jahr nach der französischen Revolution wurde er Mitglied der Kaiserlichen Akademie der Naturforscher (Leopoldina), er führte heftige Debatten mit seinem Bruder zum Mesmerismus oder dann in Berlin mit Anhängern einer vitalistischen Medizin. Er gab Hahnemann publizistisch Raum in seinen Zeitschriften, lehnte aber persönlich die Homöopathie ab. Wir können uns gut vorstellen, dass in den Salons von Goethe, Schiller hitzig debattiert wurde – nicht nur zu der von Hufeland, und auch von Goethe, empfohlenen Pockenimpfung. Letztlich darf es erlaubt sein, sich Hufeland bereits als einen Wissenschaftler vorzustellen, dem es um die passenden Theorien ging und der sich um Erklärungen bemühte, wenn sich eine Therapie als wirksam erwies. Zu seiner Zeit war Aderlass eine gebräuchliche Therapie, aber auch hier mahnte er, dass zu viel Therapie schädlich sein kann.

Wissenschaft fordert Selbstkritik

Vermeintliche Erklärungen haben sich in den letzten Jahrhunderten dramatisch verändert, und die positivistische Naturwissenschaft hat sich als selbstkritische Wissenschaft bewährt. Sie begrüßt neue Erkenntnisse als Fortschritt und verbannt Diagnosen und Therapien, die als falsch erkannt wurden, in die Geschichtsbücher. Wir müssen uns also regelmäßig hinterfragen, ob wir nicht eine Theorie vertreten, die zu dogmatisch, zum alles erklärenden Mantra geworden ist. Krankheiten sind zeitlich, so wie Gesundheit zeitlich ist – passend zu ihrer Zeit. Der Soziologe Rosa regt an, auf unsere Irritationen zu

hören: „Hier stimmt doch was nicht.“ Dies ist dann der erste Schritt zu einer kritischen und selbstreflektierenden Praxis. Rosa [14, 15] wundert sich nicht, wenn Menschen krank werden in einer Gesellschaft, die nur im Modus der Steigerung, des „immer weiter, immer schneller, immer mehr“, stabil ist. Sie können nicht mehr mitmachen, weil die Welt zu schnell, zu fern, zu stumm, zu fremd geworden ist. Moderne Menschen, so Rosa, versuchen sich die Welt verfügbar zu machen, sie zu dominieren. Oder sie geben diesen Versuch ohnmächtig auf. Vielen bleibt die Wahl zwischen Burn-out und Depression [22]. Leben findet immer in der Welt statt – in einer chaotischen Mannigfaltigkeit, wie Schmitz sagen würde. Gemeinsam mit unseren Patienten können wir Spuren suchen, wie man sich neugierig auf die Welt einlassen kann, ohne sie dominieren zu wollen oder ohne sich als Opfer zu verstehen.

Und wie hat sich Hufeland in seiner Welt verhalten? Er musste viele Widersprüche aushalten [23]: Als Arzt der Reichen und Berühmten war es ihm wichtig, in Berlin die erste Poliklinik für Arme Menschen zu etablieren; als Leibarzt der preußischen Königsfamilie lehnte er das Angebot des Königs ab, in den Adelsstand gehoben zu werden – da er sah, dass die Zeit des Adels abliefe und sich die Gesellschaft eher durch das aufstrebende Bürgertum entwickeln werde. Er hätte mit folgender Aussage auch das Motto des DEGAM-Kongresses 2022 beschreiben können: „Unterscheide wohl die Krankheit und den Kranken und berücksichtige immer beide bei der Heilung. Die nämliche Krankheit verlangt oft eine ganz andere Heilung bei dem einen, als bei dem andern Kranken. ... Die Hauptkunst besteht darin, die Krankheiten möglichst zu generalisieren, den Kranken möglichst zu individualisieren.“ [1]

Allgemeinmediziner sind Experten für agiles Arbeiten

In der Hausarztmedizin kennen wir uns mit Problemen, die sich mit einem „Sowohl-als-auch“ lösen lassen, gut aus. Freuen wir uns doch über Fragen, die sich mit den Methoden der EBM gut diagnostizieren lassen, wenn Leitlinien erarbeitet wurden, die es Ärzt:innen und Patient:innen leicht machen, sich auf eine Therapie einzulassen. Diese Ar-



Harald Kamps ...

... Staatsexamen in Bonn 1976, Klinische Arbeit Psychiatrie, Anästhesie/Intensivmedizin/Palliativmedizin/Schmerzmedizin. Facharzt für Allgemeinmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen. 15 Jahre Landarzt in Norwegen und 15 Jahre Hausarzt in Trondheim und Berlin. 1989–2002 Universitätslektor in Trondheim.

Foto: Ulrike Arnold

beit wird umso leichter, als das dafür nötige Wissen jetzt unmittelbar zugänglich ist. Offene Fragen können innerhalb weniger Sekunden, gerne gemeinsam mit der Patient:in im Sprechzimmer beantwortet werden. Ich bin froh darüber, dass ich an dem norwegischen Projekt (Legehandboka), in Trondheim gestartet, teilnehmen konnte und miterleben konnte, wie sich eine deutsche Version (Deximed) zunehmend auch in deutschen Hausarztpraxen durchsetzt.

Täglich erleben wir in unserem Sprechzimmer, dass uns dort keine Standardpatienten mit normierten Krankheiten begegnen, sondern dass Personen zu uns kommen, mit mehrdeutigen Symptomen, unsicheren Befunden, eigenartigen Lebensentwürfen und unklaren Erwartungen. Genau das macht die Arbeit als Hausarzt ja so spannend. Andere Menschen müssen sich Karten fürs Theater kaufen, wir bekommen die Dramatik des Lebens unmittelbar vorgeführt. Diese tägliche Erfahrung haben wir den meisten in anderen Fachgebieten arbeitenden Menschen voraus. Wir sind die Experten für das Veränderliche, das Ungewisse, das Komplexe und das Mehrdeutige. Wir Hausärzt:innen sind Experten für agiles Arbeiten und können stolz darauf sein [5].

Wie könnte das Gespräch enden?

P: „Aber so richtig nützlich ist diese Kapelle nicht. Ich würde mich gerne nützlich

machen. Ich bin seit fast zwölf Monaten krankgeschrieben, und das Jobcenter hat auch kein Angebot.“

A: „Was würden Sie denn gerne machen? Als Dachdecker werden Sie sicher nicht mehr arbeiten können.“

P: „Ich könnte vielleicht in einem großen Betrieb in der Lehrlingsausbildung arbeiten oder so. Nur am Schreibtisch sitzen, wäre nix für mich. Müsste auf jeden Fall mehr über Computer lernen. Ich finde diese digitalen Dinge aber überraschend interessant.“

A: „Nun, da haben wir aber jetzt genug zu tun: Ich schreibe Ihnen ein neues Rezept für die Medikamente, die das Risiko für einen neuen Infarkt senken, und dazu eine Krankschreibung für vier Wochen. Sie machen einen Termin beim Jobcenter und treffen sich mit ihrem Freund zum schnellen Spaziergehen – lieber kürzer, dafür häufiger. Die letzte Untersuchung beim Kardiologen hat Ihnen gezeigt, wie schnell ihr Herz schlagen kann, ohne dass es bedrohlich ist. Ihre Uhr kann Sie warnen, wenn der Puls zu sehr steigt. Alle Untersuchungen bestätigen, dass regelmäßiges Bewegen sehr gut fürs Herz ist. Ich bin gespannt, was Sie mir in vier Wochen berichten werden.“

P: „Danke, dass Sie mir zugehört haben.“

Viele Fäden bleiben hängen, viele Spuren werden nicht ergründet, einige bleiben für ein nächstes Gespräch. Wichtig bleibt der letzte Satz – vielleicht sollten wir weniger von der „sprechenden Medizin“ reden, sondern eher von der „zuhörenden Medizin“? Unser Patient hat erlebt, dass er gehört wird und dass er gemeinsam mit dem Arzt seine Lebenssituation beschreiben und gestalten kann.

Spürend denken

Über das „Denken der Spur“ habe ich zuerst bei dem kreolischen Dichter, Schriftsteller und Philosophen Édouard Glissant gelesen: „Wir müssen uns dem Denken der Spur annähern, einem Denken ohne System, das weder beherrschend, noch systematisch, noch bezwingend ist, sondern stattdessen vielleicht ein nicht-systematisches, intuitives, brüchiges, ambivalentes Denken, das der außerordentlichen Komplexität und der außerordentlichen Vielfältigkeit der Welt, in der wir leben, am besten gerecht wird“ [24]. Für mich passt dieser Begriff: das Denken abseits der Straße für die vielen Begegnungen mit Patient:innen, die sich gemeinsam

mit uns auf die Suche eingelassen haben, um die chronischen Muskelschmerzen oder die anhaltende Müdigkeit zu verstehen, ohne immer neue Untersuchungen zu fordern. Um nach Wegen zu suchen, wie diese Schmerzen oder Antriebslosigkeit auszuhalten oder vielleicht sogar erträglicher zu machen sind. Manchmal kamen sie auch nur, um einen Zeugen zu haben, für ihr heroisches Leben. Ein Leben, in dem sie trotz aller Beschwerden jeden Tag aufgestanden sind, und ihren Kindern oder Partner fürsorglich verbunden waren. In unseren Gesprächen müssen wir aufmerksam sein für solche Spuren, wir müssen sie bei unserem Gegenüber suchen, mit einer großen Neugier für passende Metaphern, für kleine Hinweise, die vielleicht eine große Scham verdecken. Dann können wir diese Spuren verknüpfen mit unseren Ideen und daraus ein Bild weben, das einen Unterschied macht. Ich bin davon überzeugt, dass diese gemeinsame Spurensuche heilsam ist. Ich muss zugeben, dass ich solche Begegnungen häufiger in meiner norwegischen Zeit als Landarzt hatte als in meiner Zeit als Berliner Hausarzt. Ich glaube aber, dass überall Menschen solche Hausärzte suchen, die sich ernsthaft auf die persönlichen Lebenssituation ihrer Patient:innen einlassen und gemeinsam auf Spurensuche gehen. Dieses Verbunden-sein spüren – ohne den nötigen professionellen Abstand aufzugeben, ist besonders herausfordernd für uns Hausärzt:innen, ganz besonders als Ärzt:innen auf dem Land. Wir denken ja nicht nur medizinisch – auch wir sehen Verbindungen zum eigenen Leben. Und: Auch Patient:innen kennen die medizinische Welt, nutzen medizinische Begriffe, lassen sich von ihnen beeindrucken.

Verwoben handeln

Weben ist eine der ältesten menschlichen Techniken. Die Methode blieb unverändert – in die gleichmäßig, einheitlich aufgespannten Fäden (Kette) werden rechtwinklig Fäden eingewebt (Schuss): Diese Schussfäden prägen dann zum Schluss das individuelle Bild, die Kettfäden werden eher unsichtbar. Ohne den Vergleich zu weit zu führen: Für mich sind die Kettfäden die naturwissenschaftliche Basis der Medizin. Sie hält das Gewebe unserer Erklärungen zusammen. Sie müssen auch regel-

mäßig neu gespannt werden, wenn neue Erkenntnisse die alten abgelöst haben. Lebendig wird das Gewebe aber durch die Schussfäden – die Berichte aus der Lebenswelt der Patient:innen. Wie diese Berichte verstanden werden, hängt auch von der wissenschaftlichen Kompetenz der Ärztin und des Arztes ab. Das Interesse für unterschiedliche Thematheorien ist zufällig verteilt und abhängig von den fachlichen Begegnungen im Laufe des Berufslebens – und mit welcher Resonanz diese Begegnungen erlebt werden. Hausarztmedizin wird dadurch vielfältig und bunt. Im gemeinsamen Gespräch und gemeinsamen Handeln entsteht ein komplexes Webbild. Hausärztliche Medizin gelingt am besten als verwobenes Handeln. Gemeinsam ein solches Bild zu gestalten, ist eine der dankbarsten Aufgaben in der Hausarztmedizin.

Danksagung: Ich bedanke mich bei der Stiftung Allgemeinmedizin für die große Ehre, die Hufeland Lecture 2022 halten zu dürfen. Diese Ehre hätten viele andere verdient, ich würde sie gerne alle namentlich nennen. Ich danke Kirsti Malterud für die anregenden Kommentare, die diesen Text begleitet haben.

Literatur

1. Hufeland CW. Enchiridion medicum oder Anleitung zur medizinischen Praxis. Vermächtnis einer funfzigjährigen Erfahrung. Berlin: Jonas Verlagsbuchhandlung, 1836
2. Malterud K. Key questions – a strategy for modifying clinical communication. Transforming tacit skills into a clinical method. *Scand J Prim Health Care* 1994; 12: 121–7
3. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001; 358: 397–400
4. Malterud K. Qualitative Metasynthesis: A Research Method for Medicine and Health Sciences: Taylor & Francis, 2019
5. Malterud K, Kamps H. General practice – a fertile lagoon in the ocean of medical knowledge. *Scand J Prim Health Care* 2021; 39: 515–8
6. Schön D. Reflective Practitioner: How Professionals Think in action: Basic Books, 1982
7. Aaslestad P. The Patient as Text: The Role of the Narrator in Psychiatric Notes, 1890–1990. Oxford: Radcliffe, 2009

8. Kamps H. [The patient as a text – metaphors in medicine]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999; 119: 2677–80
9. Kamps H. Der Patient als Text – Metaphern in der Medizin. Skizzen einer dialogbasierten Medizin. *Z Allg Med* 2004; 80: 438–42
10. Schmitz H. Ausgrabungen zum wirklichen Leben. Eine Bilanz. Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2016
11. Rudebeck CE. What is general clinical competence? Facing the theoretical challenge to general practice. *Scand J Prim Health care (Supplement)* 1992; 10 Suppl 1: 61–82
12. Kamps H. Leib-Seele-Thematik in der Allgemeinmedizin. Anregungen aus der Neuen Phänomenologie. *Ärztl Psychother Psychosom Med* 2016; 11: 217–21
13. Kamps H, Harms D. Erst der Leib, dann der Körper: Skizzen einer praktischen, allgemeinmedizinischen Phänomenologie. *Z Allg Med* 2014; 90: 360–6
14. Reckwitz A, Rosa H. Spätmoderne in der Krise: Was leistet die Gesellschaftstheorie? Berlin: Suhrkamp Verlag, 2021
15. Rosa H. Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung. Berlin: Suhrkamp Verlag, 2016
16. Rosa H. Unverfügbarkeit. Wien-Salzburg: Residenz Verlag, 2018
17. Weber A. Enlivenment. Eine Kultur des Lebens Versuch einer Poetik für das Anthropozän. Berlin: Matthes & Seitz, 2022
18. Malterud K. Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: why and how? *Scand J Publ Health* 2016; 44: 120–9
19. Veit I. Praxis der Psychosomatischen Grundversorgung: Kohlhammer, 2010
20. Veit I, Kamps H, Huenges B, Schütte T. Die Hausarztpraxis von morgen: Komplexe Anforderungen erfolgreich bewältigen – Ein Handbuch: Kohlhammer Verlag, 2021
21. King V, Gerisch B, Rosa H (editors). Lost in Perfection. Zur Optimierung von Gesellschaft und Psyche. Berlin: Suhrkamp, 2021
22. Hufeland CW. Selbstbiographie: Createspace Independent Pub, 2016
23. Glissant É. Kultur und Identität. Ansätze zu einer Poetik der Vielheit. Heidelberg: Verlag Das Wunderhorn, 2005

Korrespondenzadresse

Harald Kamps
 Yorckstr.26
 10965 Berlin
harald.kamps@berlin.de
www.lebendig-medizin.de