

## «Menschenmedizin», was heisst das?\*

Nach dem Lesen der Darstellung der Publikation gleichen Namens von C. Hess und A. Hess durch Erhard Taverna [1]

R. Schild

Herr Taverna versteht in gewohnt gekonnter Manier zu schreiben und beschreiben, nachzulesen und belesen zu sein, und das alles verständlich und vermittelbar [1, 6].

Wir vernehmen hier, dass, nach den bereits bekannten Aspekten des sogenannten «Affoltern-Modells» [2], auch philosophische Betrachtungsweisen vermittelt eines deutschen Spezialisten miteinbezogen werden. «Grundbegriffe» und «existenzielle Fragen» sind zentrale Themen [1]. «Diese vertiefte Auseinandersetzung sei immer notwendig, selbst dann, wenn der Patient seine Situation anders einschätzt»(!), es sei dies «ein anderer Umgang mit dem Kranksein», wir würden meinen für den Arzt mit dem Kranken. Hier treten nun die «Grenzen der Visionen» in Erscheinung. Im «Sich-Wehren gegen die Fremdeinschätzung» werden die Patienten lästig: sie gestatten sich «Selbstzweifel» und auch noch «narzisstische Angst zu scheitern», worauf dann «heikle Überzeugungsarbeit» in «kleinen Schritten» erforderlich wird. Hier kommt die Philosophie zum Zuge. Hier hat die Zeit im «Innehalten» und «Nachdenken im Gespräch» ein anderes Gewicht, sie wird echt gebraucht und eingesetzt. Hier wird das Gegengewicht zu obigem erkannt. Die Erfahrung einer eigenen «Kohärenz» wird dem Kranken angeboten. Die «sokratische Geburtshilfe» für die eigenen Gedanken und Einsichten – wir meinen, auch Gefühle – gibt Anlass zur «Selbstaufmerksamkeit». Es ist in diesem Zusammenhang schön zu lesen, dass Adler aus Bern [3, 4] aus seiner jahrzehntelangen Arbeit als analytisch ausgebildeter Internist wie wir als Liaison- und Konsiliararzt dieselben Schlüsse gezogen hat [5]. Wir kennen die Kraft und die Wirkung des Vorlebens [6,7] vermittelt unseres Verhaltens, in Form von Reden, Gesprächen, Gestik und Äusserung von Gefühlen. Es ist dies ein Kernbestandteil der «Erziehung» unserer Kinder. Es ist dies auch der wichtigste und intensivste Hintergrund für das Lernen. Warum sollte es in späteren Stufen der Erziehung und des Lernens, wie z. B. der akademischen, plötzlich anders sein! Die Adlersche Situation eines internistischen Klinikdirektors mit psychoanalytischer Ausbildung stellt in dieser Hinsicht einen Glücksfall für das Prinzip des Vorbilds und Vorlebens dar [1, 3]. Ich hoffe, seine «Jünger» können das ihnen Vorgelebte in

ihrer eigenständigen Praxis auch im sicher aufwendigen Alltag einhalten. Wir jedoch [8] wurden als psychiatrischer Aussenseiter einer somatischen Klinik zunächst geduldet, und dann auch nach Versagen somatischer Möglichkeiten von Diagnose und Therapie als letztmögliche Instanz, und in Fehleinschätzung isolierter psychologischer Möglichkeiten, doch noch hinzugezogen. Durch Einarbeitung in die spezifischen, somatischen Probleme einer Spezialklinik versuchten wir über die Wertschätzung ihrer Probleme und des Verstehens der dazugehörigen Hilflosigkeit, die Persönlichkeitsaspekte des Patienten, im weitesten Sinne, einzubringen. Der Einsatz des empathischen Verstehens war bedeutend schwieriger in die Motivationsspirale aufzunehmen. Worauf Adler [3] auch hinweist, indem er sagt: «Sobald die eigenen Gefühle (und Verhaltensweisen/Ref.) des Arztes gefordert sind, ist er froh mit alternativen Möglichkeiten, auch noch den Patientenerwartungen entgegenkommen zu können». Nicht die Arbeit mit Patienten und den Kollegen, sondern erst Publikationen (Adler: «Geschriebenes») legitimierten, natürlich besonders auch nach aussen, die Anwesenheit eines «Consultant» und «Liaison Psychiaters». Das Psychosomatische, wir nennen es im obigen Zusammenhang «medizinische Psychologie», bei Adler heisst es «Beziehungsmedizin» und bei Hess «Menschenmedizin», wurde vom Pflegepersonal, begrifflicherweise weil sie den Gefühlen und dem Atmosphärischen der Patienten näherstehen, a priori begrüsst und zusätzlich für interne Gruppenkonflikte beansprucht. Mit dem Einbringen unserer eigenen Erfahrungen, die unserer Ansicht nach denjenigen von Adler sehr nahekommen, konnten wir zeigen, dass durch Consulting- und Liaisonarbeit wohl eine gewisse Sensibilisierung und «Kohabitation» mit den somatischen Mitarbeitern und ein daraus resultierendes: besseres Verständnis des Patienten, zumindest ad hoc, möglich ist [8].

Unsere kritische Betrachtung des von Taverna referierten, nunmehr erweiterten «Affoltern-Modells», genannt «Menschenmedizin», verweist wieder einmal auf zentrale Probleme des Arztseins, und unter anderem auch auf «Sein und Zeit» [9] im profanen Sinne und nicht nach Heidegger\*\*. «Sein und Zeit» möchten wir in diesem

\* Eine kritische Sicht des sogenannten «Affoltern-Modells» in der Darstellung von E. Taverna «Menschenmedizin» [1].

Korrespondenz:  
Dr. med. R. Schild  
Sänggenstrasse 8  
CH-8118 Pfaffhausen

Zusammenhang so verstanden wissen, dass den beiden Beteiligten für ihre Nähe und Distanz gegenseitig so viel Zeit zugestanden wird, wie es eine solche «Ausmarchung» eben verlangt. Wir sind uns voll bewusst, dass es dabei darum geht, rein materiell-ökonomische Aspekte gegenüber «psycho-ökonomischen und psycho-ökologischen» Aspekten abzuwägen. Es böte dies auch eine Möglichkeit, dem heute öfters drohenden Schreckgespenst des «Burn-out»-Syndroms bei den Ärzten den Durchbruch zu verunmöglichen. Taverna beschreibt ein beinahe ideales Krankenpflegekonzept – im weitesten Sinne – im Rahmen eines Bezirksspitals mit Einbezug von ärztlichen und anderen medizinischen Leistungen der Umgebung. Das «Affoltern-Modell» soll durch meine Ausführungen nicht unterschätzt werden. Es ist, wie Taverna betont, nicht zu kopieren, aber nachzuahmen, wir würden sogar sagen: nicht kopierbar, aber nachahmenswert! [1] Es handelt sich dabei um ein Konzept der Optimierung bereits bestehender ärztlich-medizinischer Einrichtungen im Rahmen einer Region. Dieses Konzept stellt eine – erwünschte und notwendige – Ergänzung von bereits Bestehendem, und auch in vieler Hinsicht «Bewährtem», aber auch «Bewährtem» dar. Es kann sicher auch für viele Beteiligte Anlass zum Umdenken sein, auch wenn das wirklich Wichtige, wie schon erwähnt, dem Philosophen delegiert wird. Dieses Konzept kann auch in anderen Regionen, unter neuen und andern Bedingungen, erfolgreich und momentan «befruchtend», nicht kopiert, aber nachgeahmt werden (*être digne d'imitation, imitable, exemplaire*). Dennoch gestatten wir uns, auch an diesem Konzept weitere Punkte im Text von Taverna in Frage zu stellen. So lesen wir von einem «theoretischen Entwurf, Medizin mit Psychosomatik und Philosophie zu kombinieren». Des weiteren legt das Buch [2] ein kritisches Schwergewicht auf die Bestimmung von Grundbegriffen wie «gesund und krank» und entwickelt aus weiteren Polaritäten wie «Geburt und Tod» ein erweitertes Menschenbild. All dies und auch die «existentiellen Fragen» sind sicher wichtig und sollten öfters im Dialog mit dem Patienten, zumindest im Denken des Arztes miteingebracht werden. Vor allem die Füllung dieser «Begriffe», die meist von Patient und Arzt verschiedenartig sein kann, sollte vermehrt im Dialog eingebracht werden. Es gibt für uns keinen «theoretischen Entwurf [1] [...] zum Kombinieren», sondern nur ein einheitlich integriertes ärztlich-medizinisches Denken und Handeln. Ärztliches Denken und Handeln muss a priori einen entsprechenden medizin-psychologischen («psychosomatischen») und (medizin)philosophischen Hintergrund beinhalten.

In einer Diskussion um ein Forschungsprojekt [10] äusserte der zuständige, bewährte Klinikdirektor den Wunsch, Psyche und Soma fein säuberlich zu trennen, da ja der Mensch Soma und nicht Psyche sei. Wir versuchten hierauf darzulegen, dass es nicht ein «Entweder-Oder» gebe, sondern im Sinne des «psycho-physischen Parallelismus» [11] das sogenannte «Psychische» stets neben dem «Somatischen» stehe und als gemeinsamer Ausdruck des Lebendigen zu sehen sei (Protokoll 1972). Wir sind nun wieder einmal selbst in die eigentliche «psychosomatische Thematik» abgerutscht [12], wo doch, unserem Verstehen gemäss, das «Affoltern-Konzept» sich mit dem Umgang des Arztes mit dem Patienten – in unseren Begriffen mit «medizinischer Psychologie» – befasst. Wir sind aber der Meinung, dass die Vermittlung dieses medizin-psychologischen, medizin-philosophischen Denkens nur dem im Moment zuständigen Arzt zustehen kann und muss. Da helfen weder Nachhilfestunden durch Kurse und entsprechende Kontrollen noch jahrelange «Anwesenheit» in Balintgruppen, wenn der Samen nicht schon in der Primärausbildung in den ersten klinischen Semestern gesät wurde. Wie sie aus dem Vorhergesagten entnehmen können, denke ich dabei, wie auch von Adler postuliert [3, 4], an die zentrale «Vorbildfunktion» des klinischen Lehrkörpers, insbesondere der Chefs und deren Vertreter. Von diesen sollte erwartet werden dürfen, dass sie sich selbst in Frage stellen können und trotzdem selbstsicher eine Atmosphäre des Verstehens affektiv-kommunikativer Probleme und Konflikte zwischen Arzt und Patient sowie zwischen Patient und Arzt vermitteln. Hier nochmals zurück zur eigentlichen psychosomatischen Problematik (in unserem Sinne des Begriffs) [7, 12]. Diese setzt ja die medizinisch-psychologischen (philosophischen) Kenntnisse und deren praktische Anwendung in Diagnostik und Therapie durch den «ärztlichen» (menschlichen?) Mediziner voraus. Wir dürfen auch nicht vergessen, dass der vorgängig erwähnte Umgang (z.B. empathisches Einfühlen und Rückkopplung auf den Arzt/Gegenübertragung) diagnostisches und therapeutisches Vorgehen weitgehend mitbestimmt. Damit steht der Patient zunächst einfach als hilfesuchende Person (Mensch?) vor «seinem» Arzt, unbekümmert darum, ob seine Beschwerden vorwiegend körperlicher oder seelischer Natur sind [13]. Jedes Gespräch und besonders das ärztliche Erstgespräch beinhaltet neben Kontakt und diagnostischen Zielen auch therapeutische Effekte. Wir waren deshalb erstaunt, dass Taverna sein Résumé in «Eine Diagnose» und einen «Therapieversuch» eingeteilt hat, wobei zugegebenermassen diese

\*\* Vielleicht doch frei nach Heidegger: In Begrenztheit und Vergänglichkeit des Seins ist «Zeit» stets inbegriffen und mit dabei.

Zweiteilung sich verwischt. Es fällt jedoch auf, dass im Diagnoseteil einerseits die «gute alte Psychotherapie» erwähnt wird, dann aber für die sogenannte «Vernetzung» nur «Medizin, Psychosomatik und Philosophie» miteinbezogen sind. Im sogenannten «Therapieversuchsteil» hingegen kommt die Psychotherapie völlig unter die philosophischen Räder, ja wird sogar in Form einer Randerscheinung, dem autogenen Training, diskreditiert [1]. Mir war auch nicht klar, wer, Arzt oder Patient oder sogar beide, in die Gunst «philosophischen Heilens» kommt. Nach Taverna beschreibt der zuständige Philosoph Schmid seine Arbeit als «säkulare Seelsorge», «Innehalten und Nachdenken im Gespräch», nicht problem- oder lösungsorientiert, als Formulierungshilfe, die anregen, ermuntern, entlasten und klären soll. Es sei dies auch eine «sokratische Geburtshilfe für eigene Gedanken und Einsichten», nicht «Helikopterblick, sondern eigene Kohärenz sei das Ziel». Taverna zitiert weiter: «Diese Zusammenfügung (?) scheint eine entscheidende Ressource der Gesundheit zu sein, denn sie erzeugt den ›Sinn‹, der offensichtlich unentbehrlich fürs Leben ist.» Wir sind froh und anerkennen diesen psychologischen Beitrag des Philosophen, der unter diesem Namen akzeptabler, erträglicher und durchführbarer für Arzt und Patient ist. Taverna weist in seinem Artikel auch auf die Hilfe der Philosophie im kommerziellen Management hin (USA, aber auch Luzern). Er zitiert auch «den philosophisch untermauerten Helikopterblick auf das eigene Tun und Lassen». Wir meinen, all diese zitierten Aspekte sollten bereits dem Medizinstudenten, aber besonders Klinikassistenten, Ober- und leitenden Ärzten vermittelt und kompetent vorgelebt werden (Adlers «integrative Medizin»). Adler (zit. n. Taverna) meint: «Psychosomatik kann am besten gelehrt werden. Wenn es an einem Spital eine Abteilung mit einem Chef gibt, der diese Medizin – eben eine sogenannte ›integrative‹ lebt, dann könnten die jungen Ärzte auf jeder Visite sehen [wir würden sagen ›er-leben‹] wie eine integrative Medizin gelebt wird.»

Zu meinem Hinweis, warum wohl Philosophie zu Hilfe geholt wurde, möchte ich Adler aus dem von Taverna erwähnten NZZ-Interview [3] direkt zitieren: «Der Mensch hat sich aber seit je schwer getan mit seinem unbewussten Teil der Seele. Daher ist Widerstand gegen die Beziehungsmedizin vorgezeichnet. Wir alle haben Konflikte, die wir nicht ertragen, denen wir lieber aus dem Wege gehen. Da ist es einfacher, sich der Alternativmedizin – wir würden sagen ›Philosophie‹ – zuzuwenden.»

Ich habe nichts gegen das Einbringen philosophischer Gedanken ins ärztliche Denken und Verhalten, nur dürfen diese nicht an Stelle des medizinisch-psychologischen Denkens (integrative Beziehungsmedizin) und Verhaltens treten. Wir kommen als praktizierende Ärzte, sowohl Allgemeinpraktiker wie alle Spezialisten, um das Delegieren von Diagnostik und Therapie nicht herum, nur eine Erstbegegnung mit unserem Patienten darf – auch zum Teil – weder mit Psychologen noch Philosophen geteilt werden. Daraufhin sollte dieser «Erstarzt» auch weiterhin die Kompetenz und Fähigkeit besitzen, seinen Patienten «medizin-psychologisch» weiterzubegleiten. Eine Beratung – keine Delegation – wenn erwünscht – kann angeboten werden. Wenn also im neusten «Affoltern-Modell» Psychologie und Philosophie *für* den Arzt und *durch* den Arzt angeboten und angewendet wird, ist es ein grosser Gewinn für die Patienten, die Ärzte, die medizinischen Helfer und «last but not least» für die Ökonomie im gesamten Gesundheitswesen. Die im Vorangegangenen erwähnte Prägung des Studierenden und auch postgraduierten Mediziners durch medizin-psychologisch geschulte und ausgewiesene kompetente Klinikleiter jeglicher Couleur kann durch das Angebot des «Affoltern-Modells» nicht ersetzt werden. Neben dem bereits erwähnten Nutzen dieses Modells birgt es eben dadurch gerade auch gewisse Gefahren in sich. Durch das Delegieren – hier Vernetzung genannt – scheint die medizin-psychologische Primärverantwortung des Arztes nicht mehr notwendig. Ich möchte hier betonen: es ist dies ein Verlust nicht nur für den Patienten, sondern insbesondere für den Arzt. Endlich hat der Arzt hier die Möglichkeit, sich als eigenständige Person mit allen Facetten und nicht nur als Funktionär seines Berufes einzubringen. Neben dem beruflichen-kommunikativen ist der persönlich-narzisstische Gewinn offenbar. Zwei Gewinne, die sich gegenseitig potenzieren. Zum Schluss noch zum Namen «Menschenmedizin»: ist und war die Medizin bis heute «Un-Menschlich»? Statt «human» eine Veterinärmedizin? Ich verstehe einerseits die Suche nach einem aussagekräftigen Einheitsbegriff, andererseits ist der Begriff «Mensch» äusserst schillernd und vielschichtig, aber auch unpersönlich, was unserer Vorstellung der Einbringung medizin-psychologischer Aspekte widerspricht. Neben dem allgemein Menschlichen muss heute mehr denn je das persönlich Spezifische in der Begegnung im Vordergrund stehen, und zwar von beiden Seiten [14]. Beide sind Menschen, aber dennoch zwei verschiedene Personen. Im Begriff «Mensch» ist das Gemeinsame,

aber nicht die Verschiedenheit enthalten, ausser in seiner Abgrenzung gegenüber andern Lebewesen. Die Abgrenzung der Menschen unter sich über Soma und Psyche verschwindet im Begriff «Mensch». Die von uns angestrebte Differenzierung – sowohl von Arzt wie Patient – vermittelt der medizinischen Psychologie ist nur eine wichtige Facette der Begegnung. Der Kampf um eine neue Benennung psychosomatischen und medizin-psychologischen Geschehens dauert seit Jahrzehnten. Nach Adler [3] gehen die ersten Ansätze auf Harvey Cushing zurück: «nicht nur die Krankheit zu verstehen, sondern den Menschen mit seiner Krankheit, eingebettet in seine Umwelt». Spätere Sucher nach einem entsprechenden Begriff sind unter anderem nach Heinroth, Alexander, Deutsch, Englisch, Engel, von Uexküll und verschiedene neuere Autoren (Weiner, Adler) [4, 15–20]. Die Suche nach einem adäquaten Begriff scheidet – wie man so schön sagt – an der Sache (Sachen?) an sich. Psyche und Soma sollten heute diagnostisch und therapeutisch als in sich ergänzende Einheit gesehen werden können. Die Begriffsschwierigkeiten mit der «Zweieinheit» werden noch verstärkt durch den verschiedenartigen Gehalt der Begriffe «Psychosomatik» und «Medizinische Psychologie», wie wir sie sehen. Psychosomatik – im engeren Sinne in unserem Verständnis eigentlich psychosomatische Krankheiten oder im weiteren Sinne die stets bestehenden psychologischen Faktoren bei Entstehung, Verlauf und Therapie körperlicher Krankheiten [21] – auf der anderen Seite die «Medizinische Psychologie», die, nach uns, das gesamte Spektrum psychosozialer «Vernetzungen»(!) eines kranken Menschen in seiner und seines Arztes Individualität beinhaltet.

Vielleicht müssen wir, wie Stierlin [22] sagt, zu neuer Bescheidenheit zurückfinden und für zwei verschiedene Dinge auch zwei verschiedene Namen und deren Begriffsinhalte hinnehmen und damit ebenso gut, wenn nicht sogar besser, arbeiten als mit einem neuen Namen, der doch nicht alle Inhalte abdeckt.

## Literatur

- 1 Taverna E. Menschenmedizin. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(7):324.
- 2 Hess C, Hess-Cabalar A. Menschenmedizin. Von der Vernunft der Vernetzung. Zürich: Rüffer/Rub; 2001.
- 3 Adler RH. Nur eine Art logisch zu denken. Interview. NZZ, Nr. 89, 18.4.2001.
- 4 Adler RH. Psychosomatik als Wissenschaft. Stuttgart: Schattauer 2000.
- 5 Schild R. Medizinpsychologische Untersuchungen bei Patienten mit rheumatischen Krankheiten. Psyche 26/27 1., 2. und 3. Teil. 1972/73.
- 6 Schild R. Leserbrief zu E. Taverna «Psycho». Schweiz Ärztezeitung 2000;81(24):1351.
- 7 Schild R. Leserbrief zu F. C. Stiefel «Seele und Körper im Wandel der medizinischen Forschung». NZZ, 31.7.1998. S. 73.
- 8 Schild R. Effective Treatment by Liaison/ Consulting Psychiatric Service in a University Clinic for Rheumatology. First European Conference on Recent Advances in Psychiatric Treatment. Vienna, 26<sup>th</sup> March 1984.
- 9 Kalber G. «Sein und Zeit», Kolumne zu Heidegger. Tages-Anzeiger, 7.12.2002. S. 49.
- 10 Schild R. Protokoll einer Forschungssitzung. 1972 (nicht publiziert).
- 11 Mitscherlich A. Gesammelte Werke. Bände 1 und 2. Frankfurt: Suhrkamp; 1983.
- 12 Schild R. Psychosomatik. In: Fehr K. Rheumatologie in Klinik und Praxis. Stuttgart: Thieme; 1989. S. 6.115/16ff.
- 13 Meerwein F. Das ärztliche Gespräch. Bern: Hans Huber; 1969.
- 14 Schild R. Leserbrief zu (He) «Wer ist der Kranke?». NZZ, 26.1.1999. S. 85.
- 15 Heinroth JC. Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens. Leipzig: Vogel; 1818.
- 16 Alexander F. Psychosomatische Medizin. Berlin: de Gruyter; 1951.
- 17 Deutsch F. Psychoanalyse und Organkrankheiten. Int Zschr Psychoanal 1922;8:290-360.
- 18 Engel GL. Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber; 1970.
- 19 von Uexküll TH. Was heisst Psychosomatik? Schweiz Med Wochenschr 1984;114:1806-9.
- 20 Weiner H. Psychobiology and human disease. Amsterdam; Elsevier: 1997.
- 21 Swisher SN. The biopsychosocial model. Its future for the internist. Psychosom Med 1980; 42(suppl 2):113-21.
- 22 Stierlin H. Die Freiheit, das Neue zu wagen. In: Pörksen B. Abschied vom Absoluten. Heidelberg: Carl Auer Systeme Verlag; 2001.