

„Training fühlenden Gestaltens“ als ein Herzstück hausärztlichen Handelns¹

Lebensbegleitung als tägliche Praxisaufgabe

GERNOT RÜTER

In besonderer Weise ist der Hausarzt² in die langfristig angelegte Unterstützung von Patienten² involviert, wenn ihr Leben durch schwere Erkrankungen oder andere Krisen aus der Bahn gerät. Der Hausarzt kennt die Patienten oft vor diesen Krisensituationen und weiß um Lebenspläne und -konzepte. Die notwendige Neukonstruktion des Lebens, die Formulierung neuer Konzepte und Ziele setzt ein Fühlen und Einfühlen bei Patient und Arzt voraus. Damit in Wechselbeziehung stehen das Planen und Schaffen neuer Wirklichkeiten. Für den Vorgang dieses Fühlens und Schaffens wird der Begriff „Training fühlenden Gestaltens“ vorgeschlagen. Überlegungen zur kritischen Betrachtung des eigenen ärztlichen Handelns und für eine wissenschaftliche Begleitung werden angestellt.

Schlüsselwörter: Hausarzt, Lebenskrisen, (Ein)fühlen, Lebensgestaltung, Training

Sentient training of life design as a centerpiece of primary care action

Abstract: In particular, the general practitioner¹ as the long-term doctor is involved in the support of patients² when their life goes out of control through severe illnesses or other crises. The family doctor often has got to know the patient before these crises situations occur and knows about their life plans and concepts. The necessary redesign of life, the formulation of new concepts

and objectives requires a feeling and empathic understanding between the patient and physician. So the interrelationship infers the planning and creation of new realities. For the procedure of this guidance and creativity of the concept, the term “sentient training of life design” is proposed. Considerations for (self-) critical examination of the doctor’s own actions and for scientific monitoring are undertaken.

Keywords: general practitioner, life crises, sentient training, way of life, life design

Ein erschreckender Fall

Am 16. September 2008 erscheint eine total unruhige, damals 48-jährige Patientin in meiner Praxis. Als sie durch die Tür kommt, halte ich mich zufällig an der Anmeldung auf und nehme sofort ihre Alarmierung wahr: Sie berichtet über plötzlich, bei der Gartenarbeit aufgetretene Schmerzen im Brustkorb, die in Richtung der Beine und der Nieren ausstrahlen. Sie kann sich nicht hinlegen, das führe zu einer Schmerzverstärkung. Ein EKG müssen wir zunächst im Stehen ableiten. Auf Morphiumgabe und die Gabe von Sedativa reagiert sie kaum, erfährt kaum eine Schmerzlinderung. Die medizinischen Details, auch die persönlichen Umstände sind hier von untergeordneter Bedeutung, die Verschwiegenheitspflicht legt auch nahe, sie verborgen zu lassen. Der Patientin ist dieser Artikel bekannt und sie stimmte seiner Veröffentlichung zu.

Die extreme Unruhe der Patientin, ihre panikartige Verfassung und ihr großer Schmerz sind gleichsam mit den Händen zu greifen. Dieses Ergriffenwerden wird in einem Druck zu Handeln spürbar, obgleich keine entsprechende verbale Aufforderung geäußert

¹ Das Manuskript ist entwickelt aus einer Vortragsversion für das Symposium Würzburger und Bamberger Philosophicum 29.- 30. April 2016 „Wie human ist die Humanmedizin heute? – die Frage nach dem spezifisch Menschlichen in Philosophie und Medizin. Als Abstract verfügbar: Rüter G: Ästhetische Poietik als ein Herzstück hausärztlichen Handelns. In MedWelt 2/2016 [10] A7-8

² Im ganzen Text meinen die allgemeinen Begriffe Arzt und Patient alle Geschlechter.

wird. Eine Begrifflichkeit für diesen spürbaren Vorgang zu nennen, ist schwer. Einen Versuch dazu unternimmt das Konzept der „Neuen Phänomenologie“. Deren Protagonisten formulieren, dass die die herkömmliche Wissenschaft ihre Beschreibungsebenen und Begrifflichkeiten zu weit weg vom alltäglichen Geschehen lege und dieses Geschehen somit nicht beschreiben und reflektieren könne. Am eigenen Leib etwas zu spüren zu bekommen, was eigentlich dem anderen Menschen als dem Gegenüber zukommt, wird dort als „kommunikative Einleibung“ beschrieben [1]. Zudem wird erkennbar, dass die Patientin hier und jetzt von einem sie existentiell betreffenden, benennbaren Ereignis überflutet wird. Der handelnde Arzt ist damit vertraut, in solchen lebensbedrohlichen Situationen, die dem Patienten unmöglich machen, eine rationale Entscheidung zu treffen, in dessen mutmaßlichem Willen zu entscheiden. Auch für diese Situationen, in denen ein Patient nicht ohne Bewusstsein und Reaktionsfähigkeit ist, aber dennoch nicht in kühlem Abstand, wägend entscheiden kann, fehlen beschreibende Termini. Hermann Schmitz, ein Hauptvertreter der Neuen Phänomenologie gebraucht den Begriff der „Personalen Regression“ im Gegensatz zur „Personalen Emanzipation“. Bei letzterer ist ein reflektierender Abstand zum Selbst möglich und handlungsleitend [2].

In größter Besorgnis rufe ich im Laufe der Erstversorgung den Rettungsdienst mit den Worten „Ich weiß nicht, was die Patientin hat, aber es ist etwas massiv Bedrohliches.“ In der Klinik liefert ein Computertomogramm die für die Gesamtsituation ursächliche – körperliche – Diagnose: Die Patientin erlitt eine Dissektion ihrer Aorta von distal des Abgangs der hirnversorgenden Gefäße bis hinunter in die Beckenarterien. Ab diesem Moment war das Leben dieser noch jungen Frau unmittelbar bedroht. Ein weiterer Riss in der – jetzt dünnen – Gefäßwand hätte die sofortige innere Verblutung und den Tod bedeutet.

Wie lässt sich vom Speziellen abstrahieren?

Was ich im Kontext dieses Beitrages darstellen möchte, ist nun nicht die medizinische Behandlung im engeren Sinne, sondern Aspekte der hausärztlichen Lebensbegleitung so oder ähnlich betroffener Patienten. Alle Perspektiven beruflicher Art, Pläne innerhalb einer Paarbeziehung, private Vorhaben, soziale Bindungen, können sich in einem Augenblick pulverisieren. Zuweilen extrem fragile Lebenssituationen müssen zunächst einmal angenommen werden. Krisensituationen unmittelbarer Betroffenheit können zu einem so ausschließenden „bei sich sein“ führen, dass Äußerungen – sprachlich in diesem Kontext ein interessanter Begriff – kaum möglich sind. In seinem nun schon erwähnten Denken, so sei es noch einmal genauer beschrieben, definiert Hermann Schmitz diese Verfasstheit, nämlich betroffen sein, hier und jetzt, von einem Sachverhalt,

Alle Perspektiven – beruflicher Art, Pläne innerhalb einer Paarbeziehung, private Vorhaben, soziale Bindungen – können sich in einem Augenblick pulverisieren.

der mich als Person angeht und mein Dasein in Frage stellt, als personale Regression und die damit verbundene Daseinsform als primitive Gegenwart [2]. Erst im Verlauf von Zeit kann eine Distanzierung zur Person wieder erreicht werden, welche dann die Betrachtung des Selbst, sich spüren und darüber nachdenken von einem Abstandstandort ermöglicht. Hermann Schmitz war mehr als drei Jahrzehnte Philosophieordnarius in Kiel. Sein Denken legte er in zehn Bänden mit dem Titel „Das System der Philosophie“ nieder. Wie alle Philosophen ist auch sein Denken dem Diskurs, der Kritik und Widersprüchen unterworfen: Davon unabhängig helfen mir als tätigem Arzt seine Begrifflichkeiten gleichwohl, die Lücke zu füllen zwischen einer nosologischen Krankheitslehre als einer abstrahierenden Wissenschaft und dem täglichen Erleben individueller Patienten in der Praxis. ... die Lücke zu füllen zwischen einer nosologischen Krankheitslehre als einer abstrahierenden Wissenschaft und dem täglichen Erleben individueller Patienten in der Praxis. Sich über erlebte und gespürte Phänomene des ärztlichen Alltags bewusst zu werden, sie für sich selbst zu ordnen und daraus zu lernen, sie als Erfahrung zu formulieren oder sie mit Kolleginnen und Kollegen zu teilen, nachwachsende Ärzte anzuleiten, ist ohne Begriffe nicht möglich.

Was kann der Arzt tun?

Krankheitskrisen und Lebenskrisen stehen im hausärztlichen Arbeitsfeld in einer sich oft verstärkenden Wechselbeziehung, so dass eine verhängnisvolle Abwärtsspirale eingeleitet werden kann. Dann geht es um die Frage, wie diese Entwicklung gestoppt und wie Leben neu konzipiert werden und welche Hilfestellung der Arzt dabei leisten kann. Dazu ist der Hausarzt aus zwei Gründen besonders disponiert. Zum einen kennt er den Patienten oft schon aus Zeiten vor solchen Krisensituationen und weiß um Lebensentwürfe und -perspektiven aus dem Vorher. Wo nicht, können oft kurze Narrative, wenn sie zugelassen werden, Lücken des Wissens und Verstehens schließen [3,4]. Zum anderen ist seine Aufgabe darin zu sehen, als der in einer langfristigen Konzeption gewählte Arzt – nach Klaus Dörner [5] – eben diese Neuorientierung seiner Patienten zu begleiten. Dabei ist nicht nur Ziel, die Patienten AM Leben, sondern sie auch – fast immer ist das ihre Intention – IM Leben zu halten.

Zur Bewältigung unmittelbarer Lebensbedrohung gibt der Hausarzt die Versorgung ja oft ab an die Spezialisten der Klinik unterschiedlicher Disziplinen. Er kommt erst wieder ins Spiel, wenn die Bedrohung überwunden ist, dann aber die Neukonstruktion des Lebens auf veränderter Grundlage ansteht.

Das geht dann weit über die Verordnung der passenden Medikamente oder das Einhalten von Kontrollterminen hinaus.

Bedarf es einer Wissenschaft dieses Tuns?

Fast alle hausärztlichen Kollegen nehmen diese Aufgabe wahr und erfüllen sie, mag sein in unterschiedlicher Intensität. Aber es gibt eine merkwürdige Scheu, hinzusehen, was der langfristig tätige Arzt hier leistet. Einen wissenschaftlichen Ansatz, sich diese Tätigkeit anzusehen, liefert Michael Balint in der Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts in London. Der Psychoanalytiker lud praktisch tätige Ärzte in die Tavistock-Klinik ein, in einem Gruppensetting über problematische Patienten-Begegnungen zu berichten. Balints Schlussfolgerungen und Abstraktionen mit Gültigkeit und Lebendigkeit bis heute münden in sein berühmtes Buch „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ [6]. Ärzte scheinen ihre Mitarbeit an der Lebensneukonstruktion bei Patienten, deren Konzepte zerbrochen sind, als trivial und nicht der Reflexion wert, einzuschätzen. Darüber hinaus haben sich wissenschaftliche Ansätze anderer Lebenswissenschaften, eine solche Begleitung in komplexen Situationen und oft kleinen, begrenzten Interventionen in der Sprechstunde abzubilden, in der versorgenden Medizin noch kaum durchgesetzt. Hier geht es eben nicht um klare, begrenzte Interventionen, wie sie einem randomisierten, kontrollierten Versuch zugänglich wären. Die

... For-
schungskonzepte
auf den Weg zu bringen,
die zwischen dem überlieferten Wissen
z.B. aus der Balint-Arbeit
und den alltäglichen Sprechstundenbegegnungen
des Hausarztes einerseits
und der abstrahierten Studienevidenz
andererseits vermitteln
könnten.

höchsten „levels of evidence“ werden solchen Studienanordnungen zugestanden. Hier jedoch geht es um Faktoren wie Haltung, Verfügbarkeit, Bereitschaft, sich in Anspruch nehmen zu lassen, um Vertrauen und auch darum, gewisse Risiken mit dem Patienten gemeinsam zu schultern.

Demnach wäre zu wünschen, Forschungskonzepte auf den Weg zu bringen, die zwischen dem überlieferten Wissen z.B. aus der Balint-Arbeit und den alltäglichen Sprechstundenbegegnungen des Hausarztes einerseits und der abstrahierten Studienevidenz andererseits vermitteln könnten. Faktoren etwa, die bessere Patientenadhärenz im Bewältigen chronischer Krankheiten möglich machen, sollten benannt werden können. Dabei ist auch gemeint, einen Übergang zu schaffen zwischen der auf Sinnverstehen zielenden Beschreibung und Rekonstruktion einerseits und deren Bewertung als „wirksam“ in einer Denkweise, die Kausalitäten im herkömmlichen Sinne thematisiert andererseits. Solche Forschungsmethoden wären „hermeneutisch“ im weiteren Sinne des Wortes – und könnten einen Prozess der gemeinsamen

Konstruktion von Sinn nachzeichnen und dessen Logik darstellen, der nun seinerseits von Patienten als „hilfreich“ erlebt wird.

In einem Gruppenprojekt, dem sie das Akronym HAMLET gaben, versuchten Hausärzte, Psychotherapeuten und Wissenschaftler unterschiedlicher Disziplinen, diese Prozesse zu untersuchen. HAMLET steht für: Hausarztmedizin als Lebensführungstherapie. Wir beobachteten in so genannten Mikroszenen minutiös Sprechstundenabläufe [7], vertieften diese Beobachtungen in der Protokollierung „bewegender Szenen“ [8] und brachten in HAMLET aufwändige videogestützte Betrachtungen so bezeichneter Bilanzierungsdialoge [9] ein. Auch die Beobachtung, wie hier beispielhaft vorgestellt, mehrjähriger Begleitungen gehörte zu den Methoden innerhalb des Projektes [10].

Kann uns ein Zugang über Fühlen und Gestalten helfen?

Für den bis hierhin skizzierten Prozess als einem Herzstück hausärztlicher Medizin schlage ich den Begriff „fühlendes Gestalten“ vor. Er kann in mehrere Aspekte geteilt werden. Anlass für den betroffenen Menschen, sich mit sich selbst zu beschäftigen, in sich hinein zu fühlen, etwas von sich zu spüren zu bekommen, können verstörende Ereignisse sein, welche das Dahinleben unterbrechen, stören, fast unmöglich machen. Im Zuge der Emanzipation vom überwältigenden betroffenen Sein, wie eingangs geschildert, kann der aus der Lebensbahn geworfene Mensch innere Wahrnehmungen ordnen und benennen. Handelt es sich bei dem eingreifenden Ereignis um eine schwere Krankheit oder ist die Krise so beschaffen, dass die Kompensationsmöglichkeiten des Menschen überschritten werden und wird er dadurch krank und sucht ärztliche Hilfe, wird der Mensch auch – aber nicht ausschließlich – zu einem Patienten.

Der erste ästhetische Teilprozess ist demnach der, von sich selbst etwas zu spüren zu bekommen, welches beschrieben, benannt, als Narration erzählt werden kann. Dem liegt ein ästhetisches Spüren zu Grunde. Der benutzte Begriff ist uns geläufiger aus der Ausschaltung des Fühlens, der „Anästhesie“. Das Erzählen beinhaltet gleichzeitig schon Schritte weiterer ästhetischer Dimensionen, indem mit der Erzählung schon eine neue Wirklichkeitskonstruktion verbunden ist. Die wird mit dem Ziel erzählt, ein Mitfühlen und Mithandeln zu erzielen, womit die empathische Dimension angesprochen ist. Im unmittelbaren Erleben solch eingreifender Ereignisse kann es nicht nur unmöglich sein, klare Gedanken zu fassen oder durchdachte Entscheidungen zu treffen, sondern es kann auch das Fühlen so fremdartig und verwirrend sein, dass Zeit und Geduld und wiederholte ärztliche Gespräche nötig sind, bis der Patient sich selbst wieder besser kennt und seiner selbst wieder sicherer zu werden beginnt. Gefühle wahrzunehmen, sie nicht zu übergehen, sich ernsthaft ihrer anzunehmen, wird als Achtsamkeit bezeichnet [11]. Nicht nur für betroffene Patienten, auch für den behandelnden Arzt und Therapeuten als Beteiligtem scheint ein freundlicher Umgang mit sich

selbst hilfreich zu sein: das wird in jüngerer Zeit unter der Bezeichnung *mindful selfcompassion* (MSC) (deutsch: Selbstmitgefühl) [13] beschrieben. Das Mitfühlen mit dem Anderen kennzeichnet im Gegensatz dazu die empathische Haltung des Hörenden und Kommunizierenden. Eingangs schilderte ich meine Betroffenheit in leiblicher Ergriffenheit als einem Zeichen leiblicher Kommunikation [2].

Die Empathie als die Fähigkeit, fremde Gefühle gleichsam als eigene wahrzunehmen, stellt einen Anteil der Einfühlung auf Seiten des Therapeuten dar. Von Patienten, die ihren Arzt als empathisch erleben, wird beschrieben, dass sie weniger Komplikationen erleiden und seltener als andere stationär eingewiesen werden [14]. Schon früh im Medizinstudium sollten, wie nun in den neuen Konzepten zur Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten intendiert, die Wahrnehmung, Formulierung und Spiegelung von Patientengefühlen geübt werden. Den eigenen Standpunkt dabei im Blick zu halten und nicht selbst von Gefühlen übermannt und handlungsunfähig zu werden, erscheint gleichermaßen für angehende wie für tätige Ärzte nötig. Hermann Schmitz spricht, je nach der Tiefe des empathischen Verstehens, von einem ablesenden Verstehen, von einem sympathetischen, mitschwingenden, resonanten Verstehen bis hin zur Faszination. Um aber Missverstehen zu vermeiden, legt Schmitz Wert darauf, dass dem Verschmelzen im Mitschwingen auch eine Entfremdung beigeordnet bleiben muss, die einen Sinn für die Fremdheit des Begegnenden in sich schließt [3, S.187]. Aus dieser empathischen Situation, die Schmitz in seiner Terminologie als Einleibung beschreibt, erwächst die Chance für den Hausarzt, mit seinem Patienten gemeinsam nach Möglichkeiten zu suchen, aus der engen Situation von Krankheit und Krise heraus Handlungsspielräume zu suchen. Gemäß Peter Sloterdijks Abhandlung über die Möglichkeiten der Selbstformung: „Du musst dein Leben ändern“, können dabei dem Arzt verschiedene Funktionen zufallen: Er kann Guru, Trainer, Professor, Apostel, Philosoph oder Handwerksmeister für den Patienten werden [15].

Wie wäre eine Wissenschaft fühlender Gestaltung denkbar?

Letztlich wird es darum gehen, den Patienten darin zu unterstützen, seine Möglichkeiten sehen zu können, Entscheidungen zu treffen und die gewählten Möglichkeiten zu leben.

Die getroffenen Entscheidungen leiten sich von der Aussicht auf ein neu gelingendes Leben her. Daraus resultiert die schaffende, gestaltende Seite. Der Arzt unterstützt den Patienten, die diesem und der neuen Lebenssituation und seinen Konzepten angemessene Form des Lebens gestalten zu können.

In der täglichen Selbstreflexion des eigenen Arbeitens, in der Frage, wie der therapeutische Prozess vielleicht

verbessert werden könnte oder auch in seiner wissenschaftlichen Bearbeitung könnten Fragen wie die folgenden gestellt werden:

- Welches Problem stellt sich momentan vordringlich für diesen Patienten?
- Wie nehme ich als Behandler dieses wahr? Welche Gefühle werden bei mir (im Sinne der Einleibung) dabei ausgelöst?
- Bekommt der Patient das Problem zu spüren, kann er es benennen oder welche Umstände hindern ihn daran? Lassen sich die Hinderungsgründe bearbeiten?
- Gelingt mir als Behandler ein ausreichender und hilfreicher emotionaler Kontakt zum Patienten? Wie kann er verbessert werden?
- Verfügt der Patient über Konzepte, aus Situationen heraus zu kommen, in denen er sich bedrängt und in seinen Handlungsmöglichkeiten eingeengt fühlt? Verfügt er über Strukturen, eine Umgebung, die ihn dabei leiten und unterstützen kann? Welche Strukturen und Konzepte wurden früher als hilfreich erlebt? Welche neuen wären denkbar? Lassen sich solche Konzepte erarbeiten? Lassen sich Ziele formulieren?
- Verfügt der Patient über genügend Ressourcen, den konzipierten Weg gehen und durchhalten zu können? Welche Hilfen können ihn unterstützen?
- Sind die erarbeiteten Wege beschritten und Ziele erreicht worden? Welche Gründe standen evtl. gegen die Erreichung von Zielen?

Ausgestattet mit den nun angestellten Überlegungen kehren wir zu den hausärztlichen Patienten zurück. Dabei ist bedeutsam, dass ich zum Einstieg zwar ein besonders markantes Beispiel wählte, dass es aber bei den rund 1000 Patienten, die ein Hausarzt im Quartal behandelt, durchaus häufig vorkommt, dass Haltungen und Interventionen sich auf Lebensgestaltungsthemen fokussieren. Dabei sind die Interventionen von sehr unterschiedlicher Tiefe, Intensität und zeitlicher Ausdehnung. Da mag die Köchin sein, die als Alleinerziehende nur eine minder anspruchsvolle Tätigkeit ausüben kann und dennoch kritisiert und verletzt wird und wegen Rückenschmerzen zum Arzt kommt. Häufige bronchopulmonale Infekte mögen gebahnt sein durch die Auseinandersetzung mit einer behinderten Tochter, die einen Messiehaushalt führt. Das Selbstmanagement einer Patientin mit Diabetes mag beeinträchtigt sein, weil sie seit Jahrzehnten Gewalterfahrungen durch den Ehemann ausgesetzt ist. Wie findet die tätige Psychotherapeutin als Patientin nach

einem Brustkrebs ins tätige Leben und in familiäre Bindung zurück, wie kann sie sich wieder als begehrte und geliebte Frau erleben?

Die objektivierbaren Messparameter, welche ein Krankheitsmanagement, vielleicht sogar als „Qualitätsindikatoren“ anzeigen, mögen unterschiedlich ausfallen. Ich werte oft als günstig, wenn Patienten selbständig werden, wenn sie

Letztlich wird es darum gehen, den Patienten darin zu unterstützen, seine Möglichkeiten sehen zu können, Entscheidungen zu treffen und die gewählten Möglichkeiten zu leben.

Kontrollintervalle hinausschieben und versuchen, ihr Leben zu leben, sich vom Arzt zu emanzipieren. Hans Georg Gadamer's Definition von Gesundheit als einer gewissen Selbstvergessenheit, mit der man sich den privaten und beruflichen Lebensvollzügen widmet [16], kann immer wieder Gegenstand von ärztlichen Gesprächen werden über das Spannungsfeld aus Vitalität und ärztlichen Kontrollen oder solchen des Teams bis hin zur Gängelung von Patienten oder Angst machen.

Sechs Jahre nach der Dissektion konfrontiert die eingangs geschilderte Patientin mich mit einem sehnlichen Wunsch: sie möchte eine Dschungel-Safari auf Borneo unternehmen. Dieses Ansinnen stürzt mich nun in neue Wechselbäder und wir füh-

ren mehrere Gespräche über diesen Lebensgestaltungswunsch. Am Ende stimme ich zu. Wir versuchen, Rettungsanker zu überlegen, es gibt z.B. eine Rückholversicherung. So fühlt und füllt sie ihr Leben: Ein Riss der Aorta wäre dort wie hier tödlich, was letztlich als Überlegung den Ausschlag gibt.

Im Sommer 2015 unternimmt sie eine zweite Safari-Reise nach Tansania. Sie kommt jeweils sehr im Glück wieder nach Hause. Obgleich sie weiß, dass sie das Risiko am Ende nur alleine tragen muss, hilft ihr, wenn sie einen Teil ihrer Ängste, die sie am eigenen Leib spürt, dem Arzt zum Mitschultern „einleiben“ kann.

Hermann Schmitz bezeichnet als Aufgabe der Neuen Phänomenologie, die Ebene der Abstraktionen und Begrifflichkeiten näher an die unwillkürliche, also nicht gemachte Lebenserfahrung heranzulegen. Die Ebene der Studienevidenz ist mir, so nötig und hilfreich sie ist, oft zu weit weg vom je einzelnen betroffenen Menschen und der Interaktion mit dem behandelnden Arzt. Diesem Feld, gekennzeichnet als fühlendes Gestalten und einem Training dafür, sollte ebenso wissenschaftliche Aufmerksamkeit gewidmet werden wie der Frage von Nutzen und Risiko von Medikamenten oder operativen Verfahren. □

Literatur

- [1] Schmitz H: Der Leib, der Raum und die Gefühle: 2. Aufl., Bielefeld und Basel: Edition Sirius 2009
- [2] Schmitz H: Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik: 3. Aufl., Bielefeld: Aisthesis Verlag, 2008: 75–82
- [3] Greenhalgh T: Intuition and evidence — uneasy bedfellows? Br J Gen Pract, 2002; 395–340
- [4] Greenhalgh T: Narrative based medicine in an evidence-based world. BMJ 1999; 318: 323–325
- [5] Dörner K. Der gute Arzt. Stuttgart: Schattauer 2001 102–116
- [6] Balint M: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit: 4. Aufl. Stuttgart Klett 1976
- [7] Volck G, Kalitzkus V: Passung im Minutentakt – die Komplexität einer Hausarztpraxis. Z Allg Med 2012; 88 (3) 105–111
- [8] Rüter G, Bohrer T: Ärztlich Interventionen bei Lebensproblemen im Zusammenhang mit Kranksein. Bewegende Szenen in hausärztlicher und spezialisierter Medizin. In Heusser P, Weinzirl J (Hrsg.). Medizin und die Frage nach dem Menschen. Würzburg: Königshausen & Neumann 2013 159–172
- [9] Braun A, Bahrs O, Heim S: Bilanzierungsdialoge als Chance zur Förderung von Patientenzentrierung in der hausärztlichen Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten? Z Palliativmedizin 2014; 15 – PD306
- [10] Rüter G: Hausärztliche Familienmedizin – ein Langzeitprojekt. In: Kalitzkus V, Wilm S (Hrsg.). Familienmedizin in der hausärztlichen Versorgung der Zukunft, Düsseldorf: düsseldorf university press 2013 137–158
- [11] Huppertz M: Achtsamkeit. Befreiung zur Gegenwart: Achtsamkeit, Spiritualität und Vernunft in Psychotherapie und Lebenskunst. Theorie und Praxis. Paderborn: Junfermann, 2009
- [12] Mangold J: „Möge ich freundlich zu mir sein“ Dtsch Arztebl 2016; 113(7): A-274–5
- [13] <https://www.aekno.de/downloads/aekno/leitfaden-kommunikation-2015.pdf> (letzter Zugriff am 16.05.2016)
- [14] Del Canale S, Louis D, Maio V et al: The Relationship Between Physician Empathy and Disease Complications: An Empirical Study of Primary Care Physicians and Their Diabetic Patients in Parma, Italy. Academic Medicine, Vol. 87, No. 9 / September 2012 1243–1249
- [15] Sloterdijk P: Du musst dein Leben ändern: 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp 2009 432–466
- [16] Gadamer H-G: Über der Verborgenheit der Gesundheit. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1993 133–148

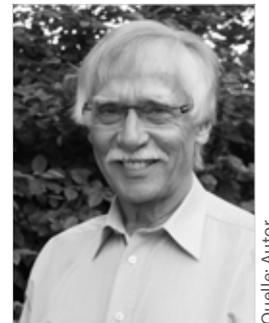
Dr. med. Gernot Rüter

... Facharzt für Allgemeinmedizin, Chirotherapie, Palliativmedizin; Akademische Lehrpraxis der Eberhard Karls-Universität Tübingen
Geboren 1949, Heirat 1975, zwei Kinder (1983 und 1985), niedergelassen als Arzt für Allgemeinmedizin seit 1980, im Verlauf Erwerb der Zusatzbezeichnungen Chirotherapie und Palliativmedizin. Seit 1991 Gemeinschaftspraxis. Seit 2016 überörtliche Berufs-Ausübungsgemeinschaft. Weiterbildungstätigkeit für Ärzte in Allgemeinmedizin.

Seit 1993 Moderator eines Hausärztlichen Qualitäts- und Forschungszirkels. Versorgungsforschungsarbeit und Publikationen im Bereich chronische Krankheiten, Diabetes mellitus, Tumorerkrankungen, hausärztliche Begleitung in Lebens- und Krankheitskrisen. Über Jahrzehnte regelmäßige Teilnahme an einer wöchentlichen Balintgruppe. Seit 2004 Referententätigkeit für das Philosophicum für Mediziner der Universität Würzburg, später auch Bamberg.

Kontakt:

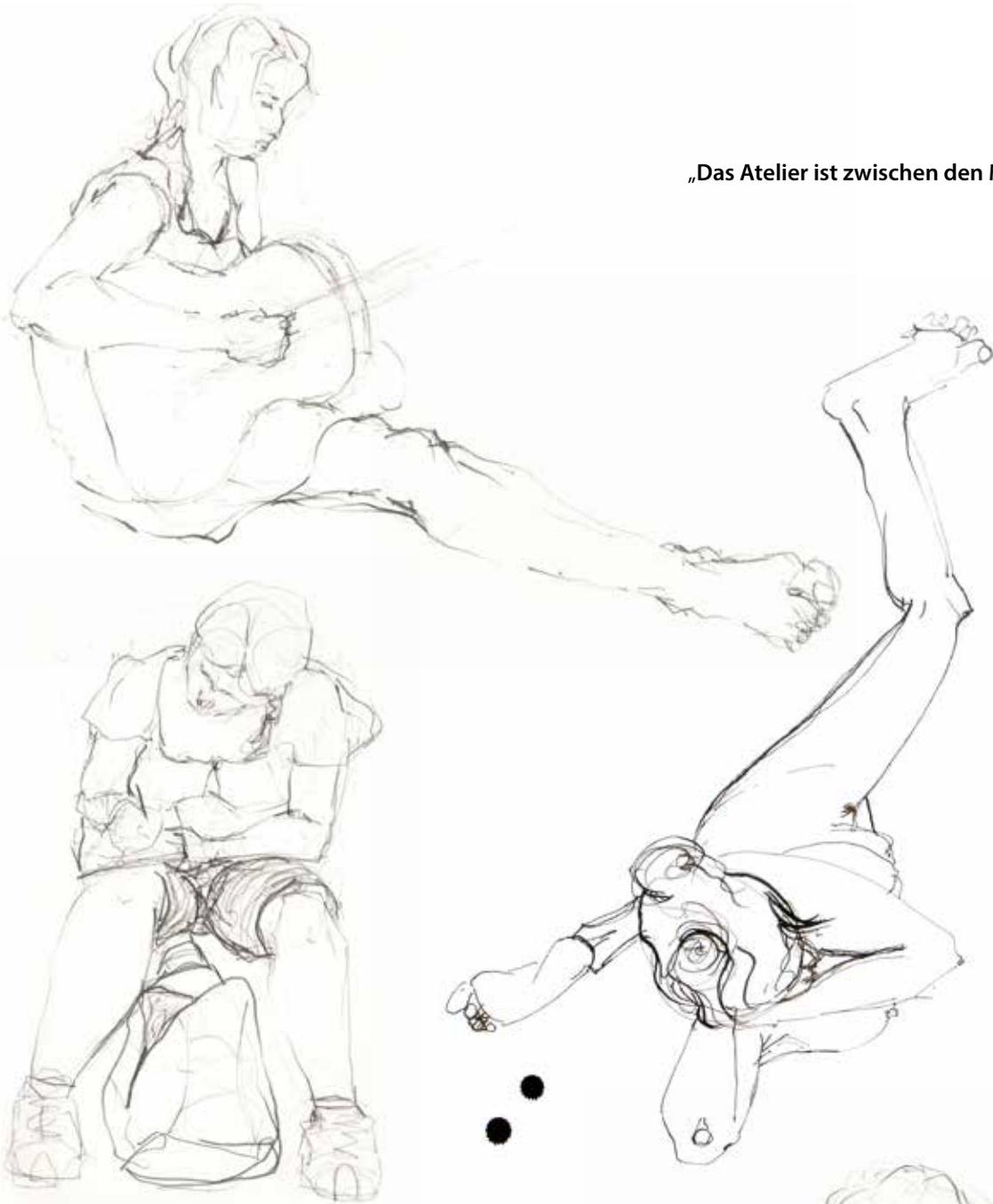
Blumenstr. 11
71726 Benningen
Tel. 0 71 44 / 14 233
eMail: rueter@telemed.de



Quelle: Autor

„Das Atelier ist zwischen den Menschen.“

Joseph Beuys



Skizzierte Momente

„Zeichnen unterstützt mich dabei, mich Menschen, Situationen oder Fragen anzunähern. Es hilft mir dabei, etwas Wesentliches sichtbar zu machen. Die Skizzen zeigen Momente, die mich berührt haben und nur eine Gemeinsamkeit besitzen: meine zeichnerische Lust, sie zu Papier zu bringen.“

Stefanie Klemp

