

Preliminary communication UDC 069.536:130.121(045)

1 Schmitz, H.

doi: 10.21464/sp33209

Received: October 7, 2018

Wolf Langewitz,¹ Helena Langewitz¹ Universitätsspital Basel, Spitalstrasse 21/Petersgraben 4, CH-4031 Basel
wolf.langewitz@usb.ch**Die Macht der Atmosphären**
Die Beziehung zwischen Arzt und Patient**Zusammenfassung**

Kontakte von Patienten mit Vertretern des Gesundheitssystems sind von einer bestimmten Atmosphäre geprägt. Unterschiedliche Quellen solcher Atmosphären werden vorgestellt. Die Architektur von zwei Rehabilitationseinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit Rückenmarks- und Hirnverletzungen (Reha Basel und Schweizer Paraplegiker-Zentrum in Nottwil) verdeutlicht das Bemühen der Architektinnen, die Vorgaben der Bauherrschaft umzusetzen: Während in Basel der Gedanke eines langsamen Heranführens an das Leben im Rollstuhl vorherrscht, vermittelt die Architektur in Nottwil eine Aufbruchsstimmung, die dem Leben im Rollstuhl seine Schrecken nehmen will. Auch die Einrichtung von Praxisräumen widerspiegelt unterschiedliche Absichten, Atmosphäre zu prägen. Im zweiten Teil der Arbeit geht es um die Frage, wie Atmosphären in einer Begegnung entstehen, die nicht auf die Unterstützung ästhetischer Elemente zurückgreifen kann. Als Quelle atmosphärischer Prägungen wird die innere Welt von Fachperson und Patient etabliert, Reibungen mit der Ablehnung des Innenwelt-Dogmas in der Neuen Phänomenologie werden diskutiert. Als Voraussetzung für das Entstehen dichter atmosphärischer Räume wird eine Patienten-zentrierte Gesprächsführung und eine offene und neugierige Haltung benannt und an Beispielen erläutert.

Schlüsselwörter

Atmosphäre, Architektur, Praxisräume, Klinik, innere Welt, Innenwelt-Dogma, Patienten-zentrierte Gesprächsführung, Neue Phänomenologie

Einführung¹

Innenarchitekten verdienen gutes Geld mit der Einrichtung von Arztpraxen und Kliniken und ihre Argumente ähneln sich: Arztpraxen sollen eine „warme Umgebung“ bieten, sie sollen Wohlgefühl erzeugen, Vertrauen vermitteln und Angst mindern. Weiter sollen Hemmschwellen abgebaut werden.² Gut gewählte Einrichtungen können noch mehr:

„... die stimmig fortgeführte Raumgestaltung unterstreicht die Kompetenz und die Persönlichkeit des Arztes und vermittelt dem Patienten ein Gefühl von Sicherheit.“³

¹ Gerne möchte ich mich bei Pierre De Meuron für den ausführlichen Austausch bedanken.

² Beschreibung der Firma Wiemer Einrichtungen: <http://www.wiemer-einrichtungen.de/arztpraxen/> (Eingesehen am 15. März 2018).

³ Beschreibung der Firma Wiemer Einrichtungen: <http://www.wiemer-einrichtungen.de/arztpraxen/hausarztpraxis-alstaette/> (Eingesehen am 15. März 2018).

Warum ist dies besonders wichtig in einer Arztpraxis? Weil – so heißt es bei einem anderen Praxis-Einrichter – Menschen „im ‚Patienten-Zustand‘ (...) ohnehin viel empfindsamer für schlechte Schwingungen“ sind.⁴ Ein Blick in die entsprechenden Angebote wirkt insofern erhellend, als die professionellen Berater von einem Faktum ausgehen: Atmosphären lassen sich gestalten – man muss nur die richtige Firma beauftragen und über die erforderlichen Finanzen verfügen. Zudem wird hier sehr richtig festgehalten, dass das Patient- oder Patientin-Sein ein Besonderes ist. Die Produktbeschreibungen der diversen Firmen führen direkt ein in das Thema: „Das Machen von Atmosphären“, hier unter einer speziellen Bedingung, nämlich im Rahmen von Arzt-Patient-Kontakten.⁵ Der ärztliche Alltag spielt sich aber nicht nur im sorgfältig und professionell gestalteten Ambiente einer Arzt-Praxis ab, sondern auch im Krankenhaus oder in der Wohnung des Patienten.

Dementsprechend erörtert dieser Aufsatz das Thema in den unterschiedlichen *Settings* innerhalb der medizinischen Versorgung: Er beginnt mit zwei Beispielen von Kliniken, die eine ähnliche Patienten Klientel behandeln, dabei aber ganz unterschiedliche architektonische Konzepte verfolgen; danach folgen vier Beispiele von Räumen, in denen medizinische/therapeutische o. a. Fachpersonen mit Patienten sprechen. Als Letztes werden wir die Möglichkeit erörtern, ob und wie eine Ärztin ohne die Unterstützung einer spezifischen Raumgestaltung Atmosphären prägen kann. Mein Beitrag folgt also einer absteigenden Linie: das „Machen“ von Atmosphären mit Hilfe der Architektur einer Klinik, durch das Gestalten und Einrichten der eigenen Praxis und durch die Präsenz der eigenen Person, die zum Träger von Atmosphären wird.

Im Krankenhaus hat die Ärztin, abhängig von der Hierarchie (je weiter oben desto eher) eine gewisse Chance, das Ambiente ihres Sprechzimmers zu gestalten. Sobald sie stationäre Patienten in deren Krankenzimmer besucht, ist sie genauso wie der Patient den Maximen der Architekten ausgeliefert.

Je mehr diese glauben, dass sie ein stimmiges Gesamtkonzept für die Innengestaltung eines Spitals entwickelt haben, desto schwieriger ist es, in irgendeiner Hinsicht etwas zu verändern.

Um Ihnen ein Beispiel aus der eigenen Erfahrung zu geben: Ich bin am 4. Post-operativen Tag beim Wunsch, das Treppensteigen zu üben, durch eine nicht besonders gekennzeichnete Glastür in ein Treppenhaus gelangt, habe dort eine Etage rauf und wieder runter absolviert und dann festgestellt, dass die Tür zurück auf die Station blockiert ist. Was nun? Klopfen ans Glas und Rufen? Glücksache, die Tür liegt im hinteren Winkel der Station und ist solide, heißt: sie isoliert nicht nur gegen Wärmeverlust, sondern auch gegen Schall hervorragend. Auf eine andere Etage herunterkraxeln und dort versuchen, wieder auf eine Station zurückzukommen? Prinzipiell eine gute Idee, wenn man nicht zur Panik neigt, auch wenn man feststellt, dass auf den nächsten drei Stationen die Situation sich genauso darstellt. Erst auf der Ebene 0, im Eingangsbereich, ist es möglich, im Morgenmantel und freundlich grüßend einen Lift zu suchen, diesen zu besteigen und auf der eigenen Station wieder zu verlassen. Für mich halbwegs machbar, für viele (noch ältere) Mit-Patienten ein Alptraum. Ich habe das im Stationsbüro und auf der Visite rapportiert, was mit Dank quittiert wurde, ich sei beileibe nicht der erste, dem das passiert sei. Ich habe es dann in den Feedbackbogen reingeschrieben und tatsächlich eine Antwort vom Spitaldirektor bekommen: Herzlichen Dank, man werde das an die Baukommission weitergeben. Das schlichte Anbringen eines DIN A 4 Blattes, das diese Tür als Notausgang deklariert, ist in so schönen und sorgfältig gestalteten Räumlichkeiten nur nach vorheriger Rücksprache möglich (inzwischen aber erfolgt!).

Über das Machen von Atmosphären durch die Architektur einer Klinik

Ich zeige zwei Beispiele aus Einrichtungen, in denen Patienten mit Rückenmarksverletzungen behandelt werden, zum einen das Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ) in Nottwil und zum anderen das REHAB[®] in Basel.

Diese Einrichtungen sind deshalb für diesen Beitrag interessant, weil sie ähnliche Patienten betreuen, nämlich überwiegend Patienten mit einer Querschnittslähmung, also Paraplegiker mit einer Verletzung des Rückenmarks im Brustbereich und einer Lähmung der unteren Körperhälfte und Tetraplegiker mit einer Verletzung des Rückenmarks im Halsbereich und Lähmungen in allen vier Extremitäten. Das REHAB[®] behandelt zusätzlich hirnerkrankte Patienten, z. B. nach einer Blutung oder einem Schlaganfall oder bei Tumorerkrankungen.

Besucher, die sich dem Eingang der Klinik nähern, sehen beim SPZ ein von Stahl und Glas dominiertes Gebäude, das an die Architektur von Funktionsgebäuden, z. B. an einen Bahnhof oder den Eingang in eine überdachte Fußgängerzone erinnert. Die Bodenflächen sind versiegelt, so dass sie mit Rollstühlen einfach befahren werden können:



Abb. 1: Eingangsbereich des Schweizer Paraplegiker-Zentrums (SPZ) in Nottwil, LU.⁶

Beim REHAB[®] fällt als Außenmaterial vor allem Holz auf, die Oberfläche ist kleinteiliger gestaltet, weniger monumental. Die Bodenflächen sind weitgehend naturbelassen, resp. gärtnerisch/vegetabilisch gestaltet.

4

Beschreibung der Firma RaumWirkung: <http://raumwirkung.ch/bessere-praxen/> (Eingesehen am 15. März 2018).

5

Hermann Schmitz, „Über das Machen von Atmosphären“, in: Anna Blume (Hrsg.), *Zur Phänomenologie der ästhetischen Erfahrung*.

Neue Phänomenologie, Bd. 2, Verlag Karl Alber, Freiburg – München 2005, S. 26–43.

6

Alle Fotos des SPZ wurden zur Verfügung gestellt von der Schweizer Paraplegiker-Stiftung Nottwil.



Abb. 2: Eingangsbereich des REHAB® in Basel, BS.⁷

Betritt man die Klinik, empfängt einen im SPZ eine gewölbte Stahl-Glas-Konstruktion mit Rollstuhlrampen auf der linken Seite und offenen Galerien auf der rechten, die den Stationen vorgelagert sind. Dieser Raum ist als Begegnungsraum für Patienten und Mitarbeiter konzipiert, jeder kann sehen, wer kommt und geht.



Abb. 3: Eingangshalle des Schweizer Paraplegiker-Zentrums in Nottwil, LU.

Im REHAB® wird auch im Inneren, z. B. bei der Gestaltung der Patientenzimmer, Holz als dominantes Oberflächenmaterial eingesetzt.



Abb. 4: Blick in ein Patientenzimmer am REHAB® in Basel.

Besondere Aufmerksamkeit gilt der Lichtführung in den Patientenzimmern. Wie die Architektin des Gebäudes, Christine Binswanger vom Architekturbüro *Herzog & De Meuron* und der damalige Chefarzt Dr. Mark Mäder erläutern, wurde besonderes Augenmerk auf die Gestaltung der Decken in den Patientenzimmern gelegt.⁸ Man habe sich von der Überlegung leiten lassen, dass Menschen, die in ihrer Mobilität massiv eingeschränkt sind, die längste Zeit des Tages an die Decke schauen, die ja normalerweise keine spezifische Oberflächenstruktur aufweist und i. d. R. weiß eingefärbt ist. Sie hätten Patienten einen Ausblick in die Welt bieten wollen und daraufhin jedes Zimmer mit einer Plexiglasskuppel ausgestattet, durch die man – wenn man mag – bei Tag und bei Nacht in den Himmel schauen kann.



Abb. 5: Aussenansicht der beleuchteten Plexiglass-Kuppeln
über den Patientenzimmern am REHAB® in Basel.

7

Alle Fotos vom REHAB® wurden von „Foto REHAB® Basel“ zur Verfügung gestellt.

8

Vgl. Interview-Passagen aus der DVD, „Zeiträume: Passagen durch das REHAB Basel“, Visavista AG, 2009.

Um den aus meiner Sicht sehr unterschiedlichen architektonischen Zugang zur Gestaltung einer Klinik für Patienten mit den genannten Krankheitsbildern exemplarisch darzustellen, sollen abschließend die Schwimmbäder der beiden Institutionen vergleichend betrachtet werden; bezeichnenderweise heißt nur eines dieser Wasserbecken „Schwimmhalle“, das andere heißt „Badhaus“.



Abb. 6: Schwimmhalle am SPZ in Nottwil, LU.



Abb. 7: „Badhaus“ am REHAB® in Basel, BS.

Man könnte den Kontrast noch ein wenig deutlicher herausarbeiten, wenn man sich als Leserin oder Leser vorstellt, selber mit einer Auftriebshilfe an den gelähmten Beinen auf den Armen einer Physiotherapeutin im Wasser zu liegen, einmal am SPZ und einmal am REHAB®. Wäre es vielleicht möglich, für einen kurzen Moment bei der Betrachtung der beiden Abbildungen innezuhalten und sich vorzustellen, was als Nächstes passieren wird? Wird jemand sprechen, bleibt es still? Vielleicht ist nachvollziehbar, dass der Aufenthalt im Badhaus eher still ablaufen wird, womöglich lösen sich Tränen und werden vom Wasser aufgefangen.

Am SPZ wird wohl bald die Therapeutin sprechen und ungefähr sagen:

„So, XY, fangen wir an? Denken Sie dran, die Beine können nicht untergehen! Jetzt ziehen Sie einfach mal kräftig mit den Armen durch und schwimmen von hier aus zum Rand! Meinen Sie, das klappt?“

Was würde einem selbst denn eher guttun? Wahrscheinlich ist es unmöglich, das zu entscheiden, denn der Autor und die meisten Leser sind Fußgänger und so weit entfernt von der Situation eines Menschen, der nach einem Unfall plötzlich vom Bauch oder vom Hals abwärts das eigenleibliche Spüren verloren hat, dass man sich nicht ausmalen kann, was einem eher und in welcher Phase der Bewältigung, helfen würde.

Das Betrachten der beiden Schwimmbäder legt einen grundlegenden Unterschied zwischen den beiden Gebäuden nahe: Das SPZ betont die Normalität des Rollstuhllebens und setzt auf die prospektiven Anteile der persönlichen Situation, das Motto könnte sein:

„Kämpf dich zurück ins Leben, wir helfen dir dabei!“

Das REHAB[®] bietet eher die Möglichkeit, sich dem Verlust der Normalität zuzuwenden und sich mit dem auseinanderzusetzen, was war und nicht mehr ist. Das Motto könnte sein:

„Dein Leben hat sich komplett verändert, wir helfen dir dabei, diesen Einschnitt zu verarbeiten.“

Mit dieser Gegenüberstellung wird nicht in Abrede gestellt, dass man als Patient selbstverständlich am SPZ trauern und genauso selbstverständlich am REHAB[®] hart trainieren kann – aber die räumlichen Unterschiede sind eben doch frappant und haben eine eigene Aussagekraft.

Über das Machen von Atmosphären durch die Gestaltung von Praxisräumen

Im nächsten Abschnitt werden wir vier Praxisräume vorstellen, die wiederum sehr unterschiedliche Assoziationen wecken, resp. Atmosphären nahelegen. Sie widerspiegeln nicht nur die Präferenzen ihrer Besitzer, sondern auch die unterschiedlichen Möglichkeiten, eigenständig in die Raumgestaltung einzugreifen. Das erste ist die Praxis eines Hausarztes, der mit knapp 70 diese Ordination aufgegeben hat. Das Interieur widerspiegelt „alte Schule“ und bildet einen eindrucklichen Kontrast zu modernen Arztpraxen, in denen gelackte Oberflächen und Glas beeindruckend sind.



Abb. 8: Blick in den Behandlungs- und Besprechungsraum,
Dr. Christian Weber, Allgemein-Internist in Basel 2012.⁹

9

Aufnahme dankeswerterweise von Dr. Weber
zur Verfügung gestellt.

Auch das Konsultationszimmer einer niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeutin legt Zeugnis ab von ihrem Gestaltungswillen, hier wirkt alles auf einander abgestimmt, das Zimmer strahlt eine gesammelte Ruhe aus.



Abb. 9: Blick in den Behandlungsraum von Frau Dr. I. St-L., Basel 2018.¹⁰

Die nächsten beiden Fotos zeigen die Praxis eines Orthopäden, die einem Privat-Krankenhaus angegliedert ist. Das erste zeigt den Untersuchungs- und Besprechungsraum, schmucklos und zweckmässig.



Abb. 10: Sprechzimmer der orthopädischen Praxis von Prof. R. E., Basel 2018.¹¹

Das zweite einen Blick auf den Schreibtisch, an dessen kurzer Seite der Patient Platz nimmt.



Abb. 11: Blick auf den Schreibtisch in der orthopädischen Praxis von Prof. R. E., Basel 2018.¹²

Hier wird am ehesten der Aufforderungscharakter der ausgelegten Handelsware spürbar: „Nimm mich in die Hand“, sagen die Prothesen und locken mit ihrer rauen Titan-Oberfläche.

Die letzte Abbildung zeigt die Wand hinter dem Platz, an dem Patienten sitzen, sie ist geschmückt mit persönlichen Fotos der Psychologin, die hier Patienten zu Gesprächen empfängt und versucht, den von der Klinik zugewiesenen Konsultationsraum mit einer persönlichen Note anzureichern.



Abb. 12: Sprechzimmer einer Psychologin am Schweizer Paraplegiker-Zentrum in Nottwil, LU.¹³

10
Private Aufnahme des Autors, 2018.

11
Private Aufnahme des Autors, 2018.

12
Private Aufnahme des Autors, 2018.

13
Private Aufnahme des Autors, 2017.

Auch die Psychologin nutzt die – sicherlich im Vergleich zur privaten Praxis eingeschränkte – Möglichkeit, Patienten in einem bestimmten Ambiente zu empfangen; es ist „ihr Besprechungsraum“, der sich von denen ihrer Kolleginnen eindeutig unterscheidet. Selbst diese begrenzten Gestaltungsmöglichkeiten fehlen Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus, die häufig in wechselnden Räumen arbeiten, die ihnen fallweise zugewiesen werden und mit einer Standard-Einrichtung versehen sind. Mit den Chancen, unter diesen Umständen Atmosphären zu gestalten, setzt sich der letzte Abschnitt dieses Beitrags auseinander.

Über das Gestalten von Atmosphären durch die Person (des Arztes/der Ärztin)

Obwohl also Patienten und Patientinnen, die zur Behandlung ins Spital kommen, ihre Behandler meist in seelenlosen Funktionsräumen, oft ohne natürliches Licht und „klinisch rein“ sehen, fühlen sie sich oft bei ihrer Ärztin „gut aufgehoben“, von einer wohlwollenden Atmosphäre umfassen. Hier stellt sich die grundsätzliche Frage, wie es einer Person überhaupt gelingen könnte, Atmosphären zu prägen.

In den Ausführungen von Hermann Schmitz zum Themenkomplex Gefühle, Affekte, Atmosphären, sind Personen vor allem als die *Empfänger* und Adressaten von Gefühlen, die Atmosphäre prägen, erwähnt;¹⁴ als *Verursacher* von Atmosphären sind sie weniger präsent.¹⁵ Wenn wir hier aber untersuchen wollen, inwieweit Fachpersonen die sie umgebende Atmosphäre prägen, ohne sich auf den ästhetischen Zauber von Dingen verlassen zu können, müssen wir uns der Frage widmen, wie dieser Prägungsprozess grundsätzlich ablaufen könnte.

Gefühle breiten sich nach Schmitz randlos in einem Raum aus, der durch Flächen nicht unterteilt werden kann. Personen, die sich in einem von einer bestimmten Atmosphäre erfüllten Raum befinden, können diese bei ausreichender Intensität und ausreichender Sensibilität wahrnehmen.

Wir wollen aber eine andere Möglichkeit ins Auge fassen, über die Gefühle entstehen können. Man denke an das Beispiel einer Person, die eine Episode aus ihrer eigenen Lebensgeschichte erzählt und dabei Erinnerungen wachruft, die beim Erzählen mit lebendigen Gefühlen erfüllt werden.

Diskutiert werden soll nicht, ob der Modus der *Aneignung* dieser Gefühle sich unterscheidet von solchen, die an Atmosphären gespürt werden. Es geht vielmehr um die Quelle der Gefühle, um den Ort, an dem eine sich erinnernde Person diese Gefühle entdeckt. Meiner Meinung nach lässt sich dieser Ort am ehesten *im Inneren* der Person lokalisieren.¹⁶ Die Erinnerungen sind Teil der zugänglichen Anteile der persönlichen Situation, in denen Elemente der eigenen Lebensgeschichte ihren Niederschlag gefunden haben.¹⁷ Ob Anteile zugänglich sind oder nicht, ist nicht eine Frage einer Kategorisierung in z. B. bewusste und unbewusste Inhalte, sondern das Resultat unterschiedlicher Modi des Schöpfens aus der persönlichen Situation. Der Modus des Schöpfens kann überraschende Resultate zu Tage fördern, wenn z. B. bei einem Klassentreffen überraschend detaillierte Erlebnisse wieder wach werden, von deren Existenz man nichts (mehr) wusste. Damit ist nicht gesagt, dass diese Erinnerungen notwendig korrekt sind. Sie dienen womöglich eher der Rekonstruktion einer Realität, die für den Moment naheliegend ist, weil mit den momentanen Annahmen zu sich selbst am ehesten kompatibel scheint.

Mit diesem Versuch, den Ursprungsort von Gefühlen auch im sogenannten Inneren einer Person anzunehmen, haben wir eine Gegenposition zu Schmitz formuliert, der in einem 2005 erschienenen Aufsatz schreibt:

„Die hier gemeinten Atmosphären müssten also in den privaten Innenwelten unterkommen, wo sie als Gefühle in der Seele der Introjektion willkommen wären (...). Aber tatsächlich werden sie nicht durch Introspektion in privaten Innenwelten gefunden, sondern in der Natur oder einer anderen Umgebung wahrgenommen.“¹⁸

Die Debatte um Begriffe der Innen- oder Außenwelt ist nicht zuletzt eine Debatte um Grenzen. Grenzen per se sind in der Neuen Phänomenologie nichts Ungewöhnliches, sie sind an verschiedenen Stellen anzutreffen. Ich erinnere an die Grenzziehung zwischen personaler Eigen- und Fremdwelt¹⁹ oder ganz prominent an die Unterscheidung zwischen Leib und Körper.²⁰ Schmitz begründet seine Ablehnung einer Innenwelt u. a. mit dem Argument, dass sie vorgestellt wurde als Rückzugsort des sich emanzipierenden Ich aus einer Welt, in der mächtige ergreifende Regungen unkontrolliert herrschen.²¹ Es geht nicht darum, die Innenwelt als den Herrschaftsbereich der Vernunft oder des die Triebe kontrollierenden Ich der Psychoanalyse zu rehabilitieren. Vielmehr soll auf eine in der Neuen Phänomenologie vertraute und hier anwendbare Grenzziehung verwiesen werden, die konstitutiv ist für den Begriff der „Situation“: Wenn wir nämlich mit Schmitz die Situation als etwas in

14

Vgl. Hermann Schmitz, *System der Philosophie*, Bd. III, Teil 2, *Der Gefühlsraum*, 2. Ausgabe, Bouvier, Bonn 2005, S. 138–155.

15

Schmitz argumentiert gegenüber Michael Hauskeller, dass man eine solche Position nur vertreten könne, wenn man sich fragt, ob „etwas Erfahrbares subjektiv oder objektiv sei“, womit man der psychologistisch-reduktionistisch-introjektionistischen Vergegenständlichung schon aufgesessen sei. Hermann Schmitz, *Der Spielraum der Gegenwart*, Bouvier, Bonn 1999, S. 295f.

16

Die Debatte um einen „inneren Raum“ hat eine lange Tradition bei Schmitz, in erster Linie geprägt von der Ablehnung der Introjektion, der „die konsolidierten Innenwelten der Personen als Abfallgruben (Mülldeponien) zur Verfügung [stellt], in denen der Abfall abgeladen werden kann, der bei der Abschleifung der Aussenwelt (...) bis auf die privilegierten Merkmalklassen und die Atome oder Substanzen als deren Träger anfällt“. Siehe: Hermann Schmitz, *Adolf Hitler in der Geschichte*, Bouvier, Bonn 1999, S. 34. Das Bedürfnis des Menschen, „die Gefühle in gewisser Weise einzufangen, zu verwalten und an ihnen zu gestalten“ wird immerhin anerkannt. „Wie das gelingen kann, ist allerdings schwer zu begreifen.“ Siehe: Hermann Schmitz, *Der Leib, der Raum und die Gefühle*, Edition Sirius, Bielefeld 2007, S. 75.

17

„Die Weltanschauung, das persönliche ‚Lebensgefühl‘ (...), die Erinnerung als das ganz-

heitlich und chaotisch-mannigfaltig gewordene Nachschwingen der Lebensgeschichte, also als Spur der die jeweilige Persönlichkeit prägenden Erfahrungen: Dergleichen findet Platz in der persönlichen Situation.“ Siehe: Hermann Schmitz, *System der Philosophie*, Bd. 4, *Die Person*, Bouvier, Bonn 1990, S. 20.

18

H. Schmitz, „Über das Machen von Atmosphären“, S. 29.

19

H. Schmitz, *Der Spielraum der Gegenwart*, S. 122, 129.

20

Vgl. die anwendungsbezogene Definition in Wolf Langewitz, „Leib und Körper in der Psychotherapie. Die Perspektive der Neuen Phänomenologie“, *Psychotherapie im Dialog* 17 (2016) 1, S. 22–28, doi: <https://doi.org/10.1055/s-0041-109258>.

21

„Die Menschheit bedurfte der Introjektion im Kampf um personale Emanzipation vom Diktat der Regungen“. Mit diesem Satz fasst Schmitz seine Argumente gegen die Annahme einer Innenwelt zusammen (H. Schmitz, *Der Gefühlsraum*, S. 19). Genau darum geht es hier nicht, sondern um das Aufsuchen und Auffinden von „Regungsherden“, die das Subjekt nicht in der es umgebenden Welt vermutet, sondern in der eigenen Geschichte aufzufinden hofft.

sich Geschlossenes und von der Umgebung Abgehobenes begreifen, ist die Möglichkeit einer Öffnung in die umgebende Welt hinein vorgezeichnet;²² in unserem Beispiel wäre es ein Übertritt von Gefühlen aus der persönlichen Situation hinaus in die Welt der gemeinsamen Situation.

Aus der Psychotherapie lassen sich Beobachtungen berichten, die phänomenologisch diskutiert werden können und in unserer Wahrnehmung Hinweise auf den Ursprung von erinnerten Gefühlen bieten. Während Material erinnert, d. h. in diesem Moment expliziert wird, sehen wir, dass die betroffene Person den Blick abwendet vom Therapeuten, sie wird still, man möchte sagen: sie taucht ab in ihre persönliche Situation. Dort trifft sie auf Kristallisationskerne der Erinnerung, über die vergangene partielle Situationen wachgerufen werden. In ihnen sind Erinnerungen an das, *was* war, verbunden mit Bildern des Ortes, *wo* es geschah, mit Gerüchen und eben auch mit Gefühlen. Manchmal ist nur dieser Moment des Abtauchens zu beobachten und man ist versucht zu fragen: „Was ist Ihnen denn gerade durch den Kopf gegangen?“, manchmal sieht man – und kennt es aus Erfahrung am eigenen Leib –, dass die Person mit einem angedeuteten Kopfschütteln die Erinnerung verscheucht, den Blick wieder hebt und in den Kontakt zurückkehrt. Manchmal stellt man aber auch fest, dass der Raum, in dem die sich Erinnernde und die Zeugin sich befinden, mit einer Atmosphäre aufgeladen wird, die sich z. B. als Schwere, als Bedrängnis, oder auch als Erregung der Therapeutin mitteilt, eben auch *ohne* eine Explikation in wörtlicher Rede! Ein ausreichend sensibles Gegenüber könnte dann versuchen, am eigenen Leib zu spüren, von welcher Art die Gefühle sind, die den Raum als Atmosphären prägen.²³ Ob die Fachperson diese Gefühle benennt oder sie nur registriert, ist hier nicht entscheidend.²⁴ Wichtig ist, dass wir in diesem Geschehen eine bestimmte Sequenz identifizieren können: Am Anfang steht der Kontakt der Person mit ihrer persönlichen Lebensgeschichte, daraus kann etwas entstehen, das sich dem umgebenden Raum mitteilt, und im letzten Schritt kann dies – im Fall einer dyadischen Situation – von einer zweiten Person wahrgenommen werden.

Fraglich ist, ob das Gefühl, das in der Erinnerung an der partiellen Situation „klebt“ und mit dem Erinnern wachgerufen wird, den aktuell sich Erinnernden *nur* als Atmosphäre ergreifen kann (als eine „eigenmächtig ergreifende Atmosphäre, deren Sender erst durch nachhaltige Besinnung entdeckt wird“).²⁵ Es scheint uns einerseits überaus plausibel, davon auszugehen, dass sich das Wahrnehmen dessen, was im Inneren der Person geschieht, über das leibliche Mitgehen einer zweiten Person, über das Sich-Einschwingen in eine von Gefühlen geprägte Atmosphäre vermittelt. Was aber geschieht andererseits innerhalb der persönlichen Situation, in deren retrospektive Anteile eine Person beim Erinnern eintaucht? Wir gehen davon aus, dass auch die leiblichen Regungen, die Teil der partiellen Situation waren, an die sich jemand erinnert, mit den anderen Inhalten der Situation zusammen (Sachverhalten, Problemen und Programmen) einen Ausdruck finden; sie wecken in ähnlicher Art und Weise wie zum Zeitpunkt der Einschreibung in die persönliche Situation „teilheitliche leibliche Regungen“ auf einzelnen Leibesinseln oder „ganzheitliche leibliche Regungen, in die der Leib ohne Verteilung auf Inseln wie in ein Klima ganzheitlich eingetaucht ist“,²⁶ um mit Hermann Schmitz zu sprechen.

Der Soziologe Hartmut Rosa hat sorgfältig untersucht, unter welchen Voraussetzungen und auf welche Art und Weise Mensch und Welt interagieren. Bei dem von Rosa dafür herangezogenen Begriff der Resonanz geht es in aller kürzester Formulierung um das Wechselverhältnis von „der Welt Fragen stellen“ mit „aus der Welt Antworten erhalten“:

„Als Kernmoment lässt sich dabei die Idee isolieren, dass sich die beiden Entitäten der Beziehung in einem schwingungsfähigen Medium wechselseitig so berühren, dass sie als *aufeinander antwortend*, zugleich aber auch mit eigener *Stimme sprechend*, also als ‚zurück-tönend‘ begriffen werden können.“²⁷

Dieser letzte Aspekt ist insofern für das Thema der Arzt-Patient-Interaktion von Bedeutung, als er darauf hinweist, dass trotz eines intrinsisch asymmetrischen Verhältnisses zwischen diesen beiden Aktanten (der eine hat ein Problem und sucht den anderen auf in der Hoffnung, er hätte eine Lösung) die Asymmetrie nicht dazu führen darf, dass die Stimme des weniger Mächtigen verstummt – dann ist Resonanz unmöglich.

Als wesentliche Voraussetzung für eine antwortende Beziehung – eine resonante Beziehung – nennt er das Vorhandensein eines Resonanzraumes, der überhaupt zulässt, dass zwei Personen sich wechselseitig anregen; das Verhalten des Arztes am Krankenbett, die Einrichtung einer Praxis oder die Gestaltung eines Spitalzimmers können in diesem Sinne das Phänomen des „Sich-Aufeinander-Einschwingens“ fördern oder blockieren.²⁸

Wenn wir den Gedanken weiterverfolgen, dass sich im Arzt-Patient Kontakt zwei Menschen begegnen, von denen einer ein Problem und der andere (hoffentlich) eine Lösung hat, lässt sich die besondere Situation des Patient-Seins besser eingrenzen. Im Moment der Kontaktaufnahme mit einem Arzt hat die Person sich entschieden, dem Eindruck von „etwas stimmt nicht mit mir“ nachzugehen und Hilfe von jemand anderem in Anspruch zu nehmen.²⁹ Die Bitte an den Arzt: „Schauen Sie doch mal nach, da muss doch was sein!“ verweist darauf, dass manche Patienten den eigenen Körper in diesem Moment als ein fremdes oder eher fremd gewordenes Gegenüber erleben. Der Körper gibt ihnen keine Antwort, oder keine, die sie verstehen, das Resonanzverhalten wird stumm bzw. unverständlich.³⁰

Was heißt das für die Erwartung, die Bedürfnisse (mancher) Patienten und Patientinnen? Sie erhoffen sich eine Restitution der resonanten Weltbeziehung, in diesem besonderen Fall: eine Wiederherstellung des wechselseitigen

22

Hermann Schmitz, *Höhlengänge. Über die gegenwärtige Aufgabe der Philosophie*. Lynkeus, Bd. VI, Akademie Verlag, Berlin 1997, S. 24f.

23

Vgl. Wolf Langewitz, Michael Großheim, „Balintarbeit und ‚die Gefühle‘. Phänomenologische Überlegungen zum Begriff der Gefühle in der Arbeit mit Balintgruppen“, *Balint Journal* 18 (2017) 2, S. 41–46, doi: <https://doi.org/10.1055/s-0043-102421>.

24

Vgl. Wolf Langewitz, „Techniken der Patienten-zentrierten Kommunikation“ in: Karl Köhle et al. (Hrsg.), *Uexküll. Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*, Elsevier, München, Baltimore 2017, S. 293–305.

25

Ebd., S. 33.

26

Hermann Schmitz, „Atmosphäre und Gefühl. Für eine Neue Phänomenologie“, in: Christiane Heibach (Hrsg.), *Atmosphären. Dimensio-*

nen eines diffusen Phänomens, Wilhelm Fink, München 2012, S. 39–58, hier S. 41f.

27

Hartmut Rosa, *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*, Suhrkamp, Berlin 2017, S. 285.

28

Zur Wirkung eines seinerseits schwingungsfähigen Resonanzraumes vgl. <https://www.youtube.com/watch?v=5v5eBf2KwF8> (Eingesehen am 26. März 2018).

29

Wir wollen hier außer Acht lassen, dass die Verunsicherung manchmal nicht auf das eigenleibliche Spüren zurückgeht, sondern auf das Zeugnis von Angehörigen oder Freunden („Du bist aber blass!“). Eine weitere Besonderheit stellt der Zufallsbefund dar, auf Grund dessen ein sich Gesundführender zum Träger einer Abweichung von der Norm wird, weil er z. B. pathologische Laborwerte hat, die eine Bluterkrankung anzeigen.

30

Vgl. H. Rosa, *Resonanz*, S. 151.

Fragens und Antwortens zwischen dem, was sie am eigenen Leib spüren und der eigenen Person. Man könnte auf der Basis der Überlegungen von Rosa die Hypothese aufstellen, dass Patienten deswegen durch die Vermittlung des Arztes wieder in Kontakt mit ihrem Körper kommen wollen.³¹ Dies leistet der Arzt durch eine sorgfältige körperliche Untersuchung: das Anfassen, das Abhören, das Drücken und Kneten, oft gefolgt von beruhigenden Kommentaren könnte dazu beitragen, mit Hilfe des Arztes Patient und eigenen Leib wieder miteinander in eine Frage-Antwort-Beziehung zu bringen. Während der Untersuchung hört man vom Arzt dementsprechend die gemurmelten Antworten auf vom Patienten nicht explizit geäußerte Fragen. Der vollständige gedachte Dialog zwischen Patient und Arzt könnte z. B. lauten: „Was sagt der Bauch, verdaut er?“ – „Ja, ich höre Darmgeräusche in allen Quadranten des Bauches!“; „Was macht die Lunge, atmet sie gut?“ – „Normales Atemgeräusch über allen Lungenfeldern“; „Was sagt mein Herz?“ – „Herzaktionen regelmäßig, keine Strömungsgeräusche?“, etc.

Der Mediziner Walter Burger hat am Beispiel von Diabetes-Patienten, die sich einer lebenslangen intensiven Therapie unterziehen müssen, im Rückgriff auf Hans-Georg Gadamer herausgearbeitet, dass Gesundheit durch Selbstvergessenheit gekennzeichnet ist.³² Basierend auf dieser Überlegung steht vor dem Moment, in dem das Frage-Antwort-Spiel mit dem Körper verstummt ist, der Moment, in dem der Dialog mit dem eigenen Leib aufgesucht wurde; im Stadium der Selbstvergessenheit gab es sozusagen keinen Körper, dessen der Gesunde gewahr gewesen wäre. Erst im Falle der Erkrankung drängt sich der Körper in den Vordergrund der Wahrnehmung und wird bei langsam progredienten Verläufen wahrscheinlich immer schweigsamer, bis er schließlich verstummt und auf Interventionen des Patienten nicht mehr antwortet.

Etwas überspitzt könnte man sagen, der Moment, in dem eine Person wegen eines Gesundheitsproblems einen Arzt aufsucht, gleicht einer Bankrotterklärung der Selbst-Kompetenz: Eigen-Diagnostik und eigene Behandlungs-Kompetenz haben versagt. Hier fehlt jemand, der weiter weiß und es nimmt nicht Wunder, dass Patienten, die gefragt werden, was es braucht, damit sie Vertrauen zu einem Arzt oder einer Ärztin entwickeln, in ganz unterschiedlichen Settings (Gynäkologie,³³ Chirurgie,³⁴ Onkologie,³⁵ Pädiatrie³⁶) immer wieder äußern, dass sie vor allem die fachliche Kompetenz der Behandler schätzen. Selbstverständlich ist der Begriff der Kompetenz vielschichtiger als die schlichte Summe fachlichen Wissens, gepaart mit Erfahrung, es gehört z. B. auch eine bestimmte kommunikative Kompetenz dazu,³⁷ aber es ist doch auffallend, dass z. B. Patientinnen mit Brustkrebs, die während ihres stationären Aufenthaltes befragt wurden, aus welchen Eigenschaften ihrer Ärzte sie Vertrauen und den Eindruck, gut betreut zu werden, ableiten, sich vor allem auf die fachliche Kompetenz und den Eindruck, dem Arzt wichtig zu sein, abstützen; ob der Arzt oder die Ärztin explizit auf emotionale Themen eingehen, ist für die meisten Patientinnen unerheblich.³⁸

In der Diktion der Neuen Phänomenologie könnten wir sagen: Welche partiellen Situationen aus der persönlichen Situation werden im Kontakt mit einem Arzt oder einer Ärztin wachgerufen?

Wenn wir die Position des Patienten oder der Patientin nicht einfach nur verstehen als die Position dessen, der „patients“, also ausharrend ist, sondern sie in ihrer Beziehungs-Dimension sehen, als die Position einer Person, die aus eigenem Vermögen nicht mehr weiter weiß, sondern zum Schluss gekommen ist: „Jetzt muss ich das mal mit einem Arzt besprechen“, dann stellen wir fest, dass das Patienten-Sein eine Situation der Verunsicherung, ein Eingeständnis des Unvermögens ist, sich am eigenen Schopf aus dem Sumpf zu ziehen. Wer

friert, sucht die Wärme, wer hungrig ist, die Nahrung; wer unsicher ist, sucht Kompetenz. Ob wir uns dann auf erlebte Kompetenz einlassen oder ob wir ganz im Gegenteil gegen den Eindruck der Kompetenz rebellieren, ist am ehesten das Resultat unserer biographischen Erfahrungen mit hilfreichen Anderen in Zeiten der Bedürftigkeit – ein Thema, das in der Bindungsforschung ausführlich untersucht wird.³⁹

Allerdings muss man nicht in die Tiefen frühkindlicher Bindungserfahrungen hinabsteigen, um nachvollziehen zu können, dass wir in Phasen der Verunsicherung immer zwei Möglichkeiten der Reaktionsweisen haben: Wir können uns öffnen für Hilfe oder uns verschließen, um uns vor störenden Außeneinflüssen zu schützen. Für das, was wir in diesem Moment mit „öffnen“ oder „verschließen“ meinen, hat Schmitz den Begriff der Fassung geprägt als das, was wir verlieren, wenn wir die Fassung verlieren.⁴⁰ Sie ist sozusagen die Außengrenze der Person, oder die Kontaktfläche in der Begegnung mit Anderen.⁴¹

31

Richard L. Kravitz et al., „Internal medicine patients' expectations for care during office visits“, *Journal of General Internal Medicine* 9 (1994) 2, S. 75–81, doi: <https://doi.org/10.1007/bf02600205>.

32

Walter Burger, „Der Beitrag der Neuen Phänomenologie zum Verständnis chronischer Krankheit. Überlegungen und Erfahrungen am Beispiel des Diabetes mellitus“, in: Michael Großheim (Hrsg.), *Rostocker Phänomenologische Manuskripte*, Bd. 15, Institut für Philosophie, Rostock 2012.

33

Sabine M. Janssen, Antoine L. M. Lagro-Janssen, „Physician's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynaecology and obstetrics: A systematic review“, *Patient Education and Counseling* 89 (2012) 2, S. 221–226, doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.034>; Hadar Amir et al., „Unpredicted gender preference of obstetricians and gynecologists by Muslim Israeli-Arab women“, *Patient Education and Counseling* 86 (2012) 2, S. 259–263, doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.05.016>.

34

Marie N. Dusch et al., „Patient perceptions of female surgeons: how surgeon demeanor and type of surgery affect patient preference“, *Journal of Surgical Research* 187 (2014) 1, S. 59–64, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2013.10.020>.

35

Marij A. Hillen, „Cancer patients' trust in their physician. A review“, *Psycho-Oncology* 20 (2011) 3, S. 227–241, doi: <https://doi.org/10.1002/pon.1745>; Peter Salmon et al., „Leukemia and Their Oncologists Faith and Protection. The Construction of Hope by Parents of Children with Leukemia and their oncologists“, *The Oncologist* 17 (2012), S. 398–404.

36

Maree O'Keefe et al., „Medical student interviewing: a randomized trial of patient-centeredness and clinical competence“, *Family Practice* 20 (2003) 2, S. 213–219, doi: <https://doi.org/10.1093/fampra/20.2.213>.

37

Billie Murray, Susan McCrone, „An integrative review of promoting trust in the patient-primary care provider relationship“, *Journal of Advanced Nursing* 71 (2015) 1, S. 3–23, doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12502>.

38

Peter Salmon et al., „Integrative qualitative communication analysis of consultation and patient and practitioner perspectives: Towards a theory of authentic caring in clinical relationships“, *Patient Education and Counseling* 82 (2011) 3, S. 448–454, doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.10.017>.

39

Paula R. Pietromonaco et al., „Close relationship processes and health: Implications of attachment theory for health and disease“, *Health Psychology* 32 (2013) 5, S. 499–513, doi: <https://doi.org/10.1037/a0029349>; vgl. auch Peter Fonagy, *Bindungstheorie und Psychoanalyse*, Klett-Cotta, Stuttgart 2006.

40

„In der Fassung identifiziert sich der Mensch mit etwas, das eindeutiger ist als er selbst. Dabei handelt es sich teils um die Berufs- und Familienrolle, mehr aber noch um das, was der Psychiater Jürg Zutt ‚Innere Haltung‘ genannt hat.“ Siehe: Hermann Schmitz, *Der Leib*, de Gruyter, Berlin 2011, S. 45f.

41

„Wenn man den anderen am eigenen Leibe spürt, wenn man sich von ihm eigentümlich berührt fühlt, dann ist es im Wesentlichen die eigene Fassung, an die er gerührt hat. Wer sich nicht so rühren lässt, wer seine Fassung starr festhält, sieht am andern vorbei. Wer sie



Je ausgeprägter die Verunsicherung der Person, desto eher gerät sie an den Rand der Fassung und desto dringlicher wird sie versuchen, sie zu restituieren. In diesem Sinne könnte eine hilfreiche Atmosphäre dazu beitragen, dem Patienten bei der Stabilisierung seiner Fassung zu helfen – und dies ist eine wesentliche ärztliche Aufgabe.⁴²

In den einschlägigen Publikationen z. B. zum Thema „Mitteilen schlechter Nachrichten“ wird fast ausschließlich behandelt, was zu tun wäre, wenn die Fassung des Patienten ins Rutschen gerät. Dann wird gerne empfohlen, man möge dem Patienten empathisch begegnen, also seine Emotionen aufgreifen (d. h. benennen), Verständnis äußern und die nächsten Schritte ankündigen.⁴³ Auslöser für diese Rettungsversuche der Restitution der Fassung ist nach meiner Meinung das fehlende Vertrauen von Ärzten in die Restitutions-Kapazität der Fassung einer Person. Ärzte warten nicht geduldig ab, bis der Empfänger einer schlechten Nachricht seine Fassung wiedergewonnen hat. Das Problem ist also womöglich gar nicht mal die fehlende Empathie der Ärzte, sondern das falsche Tempo bei der Vermittlung der schlechten Nachricht.⁴⁴ Misslingende Kommunikation ist in solchen Situationen gekennzeichnet durch den Verlust der Koordination der Zeitachsen von Informieren und Verarbeiten. Dies sei an einem kurzen Beispiel erläutert:

Ärztin und Patientin sitzen im Besprechungszimmer der Ambulanz. Thema ist die Mitteilung der Ergebnisse der Kontroll-Untersuchung der Wirbelsäule.

Ärztin: „Frau X, leider habe ich keine guten Nachrichten für Sie, die Metastasen in der Wirbelsäule sind wieder etwas größer geworden.“

Patientin: [Sagt nichts, senkt den Blick.]

Ärztin: „D. h., wir müssen die Chemotherapie umstellen und die eine Metastase, die Ihnen wahrscheinlich auch so Schmerzen macht, bestrahlen.“

Patientin: [Sagt nichts, senkt den Blick.]

Ärztin: „Ich kann mir gut vorstellen, dass das schockierende Nachrichten für Sie sind!“

Zu Beginn des Gespräches sind Ärztin und Patientin im Blickkontakt, nach dem ersten Satz der Ärztin reißt der Kontakt ab: die Patientin zieht sich zurück! Wohin geht sie? Man könnte vermuten, sie sinkt ab in ihre persönliche Situation, auf der Suche nach einer Erfahrung, dem Nukleus einer partiellen Situation, die ihr helfen könnte, ihre Orientierung wiederzugewinnen.

In dieses Suchen hinein kommt die nächste Information der Ärztin, die bereits einen Schritt weitergeht und neue Informationen anbietet. Die Patientin taucht nicht auf „aus ihrer Versenkung“. Die Ärztin bietet der Patientin ihr Verstehen an – bezogen nicht auf das, was die Patientin äußert, sondern auf das, was der Ärztin durch den Kopf geht. Ob sie in diesem Tempo aus dem Modus des Informierens aussteigen und in den Modus der Perzeption von Atmosphären umschalten kann, darf bezweifelt werden; die typische Kontrollfrage an Ärzte ist in diesem Moment: „Haben Sie dieses Erschrecken am eigenen Leib gespürt, oder ging Ihnen das in diesem Moment durch den Kopf als wahrscheinliche Reaktion der Patientin?“ Meistens bleibt der Bauch stumm und der Kopf hat eine mehr oder weniger kluge Vermutung geliefert.

Was hier fehlt, ist Zeit! Zumindest die Zeit, die die Patientin braucht, um aus der Suche im Schatz ihrer persönlichen Situation wieder zurückzukommen

in die Begegnung mit der Ärztin. Wenn man Patienten diese Zeit gibt, wird man immer wieder feststellen, dass sie nicht bei der schockierenden Qualität der Neuigkeit hängen bleiben, sondern Aspekte gefunden haben, die eher aus dem Repertoire ihrer Erfahrungen mit ähnlichen Situationen stammen. Typische Fortsetzungen sind:

Patientin A: „Kann man jetzt gar nichts mehr machen?“

Patientin B: „D. h., es gibt eine neue Chemo? Und hat die dann mehr Nebenwirkungen?“

Patientin C: „Kann ich das erst Mal mit meinem Mann besprechen? Oder müssen wir jetzt ganz dringend entscheiden?“

Die Literatur zeigt, dass tatsächlich Patienten in der Onkologie nicht unbedingt emotional reagieren, sondern vielmehr Informationen suchen oder das Procedere klären wollen.⁴⁵

Es wäre eigentlich alles so einfach: Mit dem Blick steht Ärztin und Patientin ein einfach zu identifizierender „Kanal der wechselseitigen Einleibung“ zur Verfügung; sich am Blick des Anderen zu orientieren, ist sozusagen tägliches Geschäft des Umgangs miteinander. Was fehlt ist unseres Erachtens das Vertrauen in die Macht der Atmosphäre, die Ärztin und Patientin umhüllt. In (Gesprächs-) Situationen, in denen unklar ist, in welche Richtung sich ein Gespräch entwickeln wird, weil das Gegenüber z. B. die Achse des Blickes zur wechselseitigen Einleibung vorübergehend nicht nutzt, braucht es das Vertrauen darauf, dass eine Atmosphäre so offen ist und damit nicht „ein“-deutig festgelegt ist, dass Entwicklungen in unterschiedliche Richtungen möglich werden. Die Rückkehr des Blickes in den Kontakt kann auch ein Abflachen von Gefühlen signalisieren, wenn Gesprächspartner die Intensität einer sich zwischen ihnen aufbauenden resonanten Beziehung oder – in den Begriffen der Neuen Phänomenologie – einer antagonistischen wechselseitigen Einleibung nicht ertragen. Der Gesprächsführende, der Beginn und Ende einer Sequenz kontrolliert, muss sich – in einer Metapher beschrieben – trauen, alleine weiter zu tanzen, und darauf hoffen, dass Partner oder Partnerin schon wieder dazukommen werden.

Ein anderes Problem entsteht dann, wenn sich die Atmosphäre nicht verdünnt, sondern verdichtet, an spürbarer Intensität zunimmt. Dies geschieht dann, wenn ein Patient intensive Gefühle am eigenen Leib wahrnimmt und diese den Raum erfüllen. Das kann die Ärztin durchaus an den Rand der eigenen Fassung bringen, z. B. wenn ihre eigene persönliche Situation angesprochen

schwingungsfähig hält und bereit ist, sie auch einmal aufs Spiel zu setzen, kann ihr über den, mit dem er zu tun hat, (...) mehr entnehmen als durch bloße Beobachtung.“ Siehe: Ebd., S. 46.

42

Wolf Langewitz, „Ärztliche Haltung. Was ist das und wie kann man es erreichen?“, *Rostocker Phänomenologische Manuskripte*, Bd. 27, Michael Großheim (Hrsg.), Rostock 2017.

43

Walter F. Baile, „Giving Bad News“, *The Oncologist* 20 (2015) 8, S. 852–853, doi: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015->

0250; Alicia K. Morgans, Lidia Schapira, „Confronting Therapeutic Failure: A Conversation Guide“, *The Oncologist* 20 (2015) 8, S. 946–951, doi: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0050>.

44

Wolf Langewitz, „Breaking bad news-Quo vadis?“, *Patient Education and Counseling* 100 (2017) 4, S. 607–609, doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.002>.

45

Phyllis N. Butow et al., „Oncologists reaction to cancer patients’ verbal cues“, *Psycho-Oncology* 11 (2002) 1, S. 47–58, doi: <https://doi.org/10.1002/pon.556>.

wird, weil sich das Schicksal der Patientin mit ihrem eigenen vermischt. In diesem Moment wäre es hilfreich, wenn die Ärztin den Restitutionskräften der eigenen (professionellen) Fassung zutrauen würde, sie vor dem Abrutschen in die Fassungslosigkeit zu bewahren. Auch mit Tränen in den Augen und brüchiger Stimme bleibt sie handlungs- und denkfähig.

Damit ist auch gesagt, dass Atmosphären zwischen Ärzten und Patienten von beiden gleichermaßen geprägt sind. Die Macht des Patienten, der Begegnung einen atmosphärischen Stempel aufzudrücken, der eben auch die Fachperson an den Rand ihrer Fassung bringen kann, hat aus der Perspektive des Arztes etwas Unheimliches: Während die eigene professionelle Fassung eine gewisse Schienung für das eigene Verhaltens-Repertoire anbietet, ist das Verhalten, Denken und Fühlen eines Patienten „nicht verfügbar“, genauso wenig wie die Art seiner Fassung als Patient. In diesem Aspekt ähneln sich Zustandekommen, Intensivieren und Verdünnen von Atmosphären im fachlichen Kontext einer Arzt-Patienten-Begegnung auf der einen und von Atmosphären im künstlerischen Kontext, z. B. im Theater oder in der Oper. Hier ist es das Publikum, das primär nicht verfügbar ist und jeden Abend neu eingefangen werden muss in die Macht einer Atmosphäre. Vielleicht macht genau diese Unverfügbarkeit des Gegenübers den besonderen Reiz des Arztberufes aus: Nur, wer sich offen halten kann für das, was begegnen könnte, ermöglicht „resonante Beziehung“.⁴⁶ Wer zu wissen glaubt, wie das Gegenüber typischerweise reagiert, wer Listen empfohlener Verhaltensweisen abarbeitet, geht am Leben vorbei.

Wolf Langewitz, Helena Langewitz

Moć atmosferā

Odnos između liječnika i pacijenta

Sažetak

Kontakti pacijenata s predstavnicima sustava zdravstva obilježeni su određenom atmosferom. Ovdje će biti predstavljena različita izvorišta takvih atmosfera. Arhitektura dviju ustanova za rehabilitaciju pacijenata i pacijentica s povredama mozga i kičmene moždine (Centar za rehabilitaciju u Baselu i Švicarski centar za paraplegičare u Nottwilu) ilustrira nastojanje arhitekata da u djelo provedu projektne ideje korisnika: dok u Baselu prevladava ideja stalnog navođenja na život u kolicima, arhitektura u Nottwilu predočava poletno raspoloženje koje život u kolicima želi osloboditi strahota. I uređenje liječničkih ordinacija oslikava različite namjere da se obilježi atmosfera. U drugom dijelu rada razmatra se pitanje kako nastaju atmosfere tijekom susreta kojem na raspolaganju ne stoji potpora estetskim elementima. Kao izvor atmosferskih utjecaja etablira se unutrašnji svijet stručnjaka i pacijenta, a diskutiraju se i trvenja neprihvatanjem dogme o unutrašnjem svijetu u Novoj fenomenologiji. Kao pretpostavka za nastajanje kompaktnih atmosferskih prostora navodi se stil vođenja razgovora s fokusom na pacijentu i otvoren i radoznao stav, a ovi se onda ilustriraju primjerima.

Ključne riječi

atmosfera, arhitektura, ordinacije, klinika, unutrašnji svijet, dogma o unutrašnjem svijetu, stil vođenja razgovora s fokusom na pacijentu, Nova fenomenologija

Wolf Langewitz, Helena Langewitz

Power of Atmospheres

Relationship Between Doctor and Patient

Abstract

Contacts between patients and health system representatives are marked by a certain atmosphere. In this paper, different sources of this kind of atmospheres will be presented. The architecture of two institutions for the rehabilitation of patients with brain and spinal cord injuries (Centre for rehabilitation in Basel and Swiss Centre for paraplegics in Nottwil) illustrates the architect's intentions to implement customer ideas. In Basel, the idea of continuous learning about living a life in wheelchair dominates the composition, while the architecture in Nottwil represents an enthusiastic spirit which attempts to free the life in wheelchairs from fear. The internal design of medical offices and dispensaries also reflects different intentions that articulate atmospheres. In the second part of the paper, the question is posed about how atmospheres are created in situations in which there is a lack of aesthetical elements that can support it. As the source of atmospheric influences, we find the inner world of experts and patients, but the discussion will also be about the conflicts that are results of New phenomenology not accepting the dogma of the inner world. Finally, the paper discusses and provides examples for prerequisites for creating compact atmospheric spaces, one of them being a style of leading a dialogue with a special focus on a patient and open-minded and curious attitude.

Keywords

atmosphere, architecture, dispensary, clinic, inner world, inner world dogma, patient-focus dialogue style, New phenomenology

Wolf Langewitz, Helena Langewitz

Le pouvoir de l'atmosphère ambiante

Relation entre médecin et patient

Résumé

La relation que le patient entretient avec les représentants du système de santé est déterminée par une atmosphère bien spécifique. Ici seront présentées les différentes sources de ces atmosphères. L'architecture de deux institutions (les centres suisses de réadaptation basés à Bâle et à Nottwil) pour la réadaptation des patients et des patientes présentant des lésions cérébrales et des lésions de la moelle épinière illustrent la volonté des architectes de mettre en œuvre les idées des projets des utilisateurs : alors que le centre de Bâle encourage la réinsertion continue en société des patients en fauteuil roulant, l'architecture de Nottwil offre un climat rassurant afin de leur permettre de se défaire de la peur d'une vie en fauteuil roulant. La configuration des cabinets médicaux révèle également les nombreuses intentions de créer une certaine atmosphère. Dans la seconde partie de ce travail sera analysée la question qui touche à la manière dont les atmosphères émergent au sein d'une rencontre qui ne dispose pas de l'appui d'éléments esthétiques. Le monde intérieur qui réunit les spécialistes et les patients est reconnu en tant que l'une des sources d'atmosphères qui exercent une influence, et seront ainsi discutées les tensions issues du refus d'accepter les dogmes du monde intérieur dans la Nouvelle Phénoménologie. La manière de mener des discussions, avec un accent mis sur le patient et sur une attitude qui favorise l'ouverture et la curiosité, constitue la présupposition pour qu'émergent des espaces atmosphériques compacts, discussions qui seront ensuite illustrées par des exemples.

Mots-clés

atmosphère, architecture, cabinet médical, clinique, monde intérieur, dogme du monde intérieur, manière de mener une discussion avec un accent mis sur le patient, Nouvelle Phénoménologie