

## Geschichten um Sam

Es war einer dieser wunderschönen Spätsommertage. Man musste nicht soviel anziehen und die Luft fühlte sich gut an. An diesem Mittwoch war es noch einmal angenehm warm geworden und einzelne Spinnfäden zogen durch die Luft. Heinz genoss den besonderen Duft an solchen Tagen.

Außerdem war heute Markt und Heinz ging immer auf den Markt. Er hasste den kommenden Herbst für seine kalte und feuchte Luft. Sie würde ihm wieder geradewegs in die Knochen kriechen und alles würde weh tun. Eigentlich hatte er das ganz gut in den Griff bekommen, das mit seinen Gelenken und dem Rücken, aber der Herbst blieb unangenehm. Sam hatte ihm gesagt, wenn er es nicht selbst in die Hand nehme, wenn er sich nicht selbst um sich kümmere, dann würde es wohl nicht besser werden. Damals war er sauer gewesen auf Sam, immer sollte man sich selbst kümmern, immer sich selbst was überlegen, am Ende auch noch selbst bezahlen, ein bisschen anstrengend das ganze mit Sam. Aber seit er regelmäßig Sauna und sein Training machte, hatten sich die Beschwerden wirklich gebessert. Nun, und schließlich traf man Leute auf dem Markt, mit denen man mal 'n bisschen reden konnte. Auch darauf freute sich Heinz, besonders seit seine Frau Gerda nicht mehr da war ... Ein wehmütiger Zug zeigte sich in seinem Gesicht.

Es war noch früh und auch das mochte er an den Markttagen – ganz früh da sein. Heinz war Frühaufsteher. An einigen Ständen war schon etwas Betrieb, andere bauten noch auf. Er genoss es, anderen beim Arbeiten zuzusehen. Im Vorruhestand gab es reichlich Gelegenheit dazu. Das Frühstück nahm er gern auf dem Markt ein und so bestellte er sich seinen Topf Kaffee und ein Rundstück mit Salami. Er wollte gerade seinen ersten Bissen tun, als ihm jemand kräftig auf die Schulter schlug, so dass ihm fast das Rundstück aus der Hand fiel. Das ist Kurt, dachte er, der wird es nie lernen. Und schon dröhnte der fröhliche Bass des Riesen „morgen Heinz, na, schon am Mampfen?“ Obwohl, so fröhlich, wie sonst klang er nicht.

Sie trafen sich ab und an hier, wenn Kurt Spätschicht hatte auf der Werft. Heute wirkte Kurt etwas unschlüssig, bestellte nicht gleich sein Rosinenbrot, das er so liebte, sondern schaute etwas ratlos auf die Theke.

„Was ist los?“ fragte Heinz. Kurt druckste herum, „naja, ich war gestern bei Sam, Du weißt schon, mein Hausarzt, der Schwarze da aus Afrika, wir nennen ihn nur Sam, weil keiner seinen Nachnamen aussprechen kann. „Ach ja, kenn ich, war ich auch schon mal“, warf Heinz ein. „Ach nee“, setzte Kurt fort, „guck mal einer an“. Na jedenfalls hat der mir gesagt, dass das, was ich bei mir selbst gemerkt habe und das, was er bei mir beobachten konnte mit Blutabnahme und so, zusammengenommen Zuckerkrankheit genannt wird. Du weißt ja, er drückt sich manchmal so komisch aus, aber das Wort Zuckerkrankheit hat mich ganz schön umgehauen. Meine Oma hatte ja schon Zucker und meine Mutter hökert da auch schon 3 Jahre mit rum. Und nun ich ... Er starrte in Gedanken vor sich hin.

Heinz klang besorgt, als er fragte: „Und ..., muss'de jetzt spritzen?“ „Nee, das gerade nich“ wachte Kurt aus seiner Starre auf, „aber ich soll mich um meine Ernährung kümmern. Sam hat mir erklärt, dass - nach dem, was man darüber weiß - bei mir wohl zu wenig Insulin hergestellt wird und die Zellen des Körpers den aus der Nahrung kommenden Zucker nicht richtig verarbeiten können. Also bleibt zu viel davon im Blut – eben zu hoher Blutzucker. Wenn ich den Zucker niedriger haben will, muss ich also so essen, dass möglichst nicht soviel Zucker im Körper unterwegs ist. Blöderweise stellt unsere Leber aus bestimmten Nahrungsmitteln auch noch selbst Zucker her, neben dem Zucker in Süßigkeiten, Kuchen usw. Na, und da ist mein Rosinenbrot wohl nicht so ganz das richtige, meint er. Hat mir auch gleich was zu lesen mitgegeben und vorgeschlagen, dass ich mal 'ne Schulung mitmachen könnte, denn das wäre ganz schön umfangreich, das mit der Ernährung.

„Ja und was sagt Frieda denn nun dazu?“, fragte Heinz, „denn die kocht ja bei euch und nicht Du?“ „Hab ich ihr noch gar nicht erzählt, Du weißt ja, die macht sich immer gleich Gedanken ...“

So oder so ähnlich könnte es sich abgespielt haben auf dem Wilhelmsburger oder irgendeinem der anderen Wochenmärkte in HH.

SAM stand früher schon einmal für „Systemischer Arbeitskreis Medizin“ und steht noch und weiter für „Systemisches Arbeiten in der Medizin“. Das passende Kürzel Sam verdanken wir Olaf Templin – danke Olaf.

Während und nach der 4-jährigen Ausbildung in systemischer Psychotherapie (PT) am Institut für systemische Studien (ISS) stellte sich öfter die Frage, was von dem, was wir in der systemischen PT gelernt haben, ließe sich denn auch in der ärztlichen Arbeit – z.B. als Hausarzt – gewinnbringend verwenden. Für welche Probleme der Schulmedizin könnte eine „systemische Medizin“ eine Lösung sein? Und aus erstem zaghaftem Einbringen entsprechender Fragen in das Gespräch mit den Patienten ergaben sich bald eine Fülle von Möglichkeiten. Dabei zeigt sich einmal mehr, dass die Haltung, die hinter systemischem Denken steht, die Haltung des Beobachters, des nicht gleich alles Verstehens, des Nicht-Wissens wichtiger ist, als die Anwendung bestimmter Techniken systemischer Gesprächsführung.

Wie kann man die *Haltung* des Nichtwissens, die für die systemische Psychotherapie gilt, als medizinischer Experte, der man als Arzt ja nun einmal *auch* ist, transportieren? Nun, am ehesten wohl über eine Anliegen-Auftrags-Klärung, etwas, was im Medizinsystem typischerweise nicht bekannt ist und was wir als eines der bereicherndsten Verfahren für unsere Arbeit erleben. Die Klärung von Anliegen und Auftrag berücksichtigt nicht nur unser Anliegen, das der Ärzte, sondern auch das der Patienten. Die Klärung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten führt zu einer deutlichen Entlastung in der ärztlichen Arbeit, zu weniger Druck und zu mehr Einbeziehen des Patienten in dessen Behandlung und Entscheidungsfindung.

Würden wir auch als Ärzte davon ausgehen, dass der Patient ein „Kundiger“ für sich selbst - und der Arzt ein Kundiger für den Prozess wäre – für den Prozess, auf dem Kontinuum Krankheit–Gesundheit ein Stück weiter in Richtung Gesundheit zu gelangen, so kann das bedeuten, unser medizinisches „Wissen“ zur Verfügung zu stellen, aber dem anderen nicht *überzustülpen*, wie es im Medizinsystem offenbar oft versucht und dementsprechend immer wieder beklagt wird. „Übergestülpt“ im Sinne einer Instruktion, von der wir ja denken, dass sie als solche nicht funktioniert, allenfalls, wenn sie der anderen Person Sinn macht. So gesehen scheint es uns (in der systemischen Medizin) passender, die Instruktion als „Einladung“ zu kommunizieren, wie es Gunther Schmidt einmal formulierte. Eine Einladung kann man annehmen oder ablehnen. Selbstredend ist es wichtig, aufzuklären und Risiken und Möglichkeiten der Erkrankung, aber auch der Therapie zu transportieren, damit eine Einladung angenommen oder abgelehnt werden kann. Wie schwierig das sein kann, weiß jeder, der mal in einer solchen Situation war.

Beobachten wir unsere Interaktionen analog der Sichtweise in der systemischen *Psychotherapie*, so wird klar, dass wir es im Folgenden mit mindestens *zwei* Anliegen zu tun haben – *unserem* – Kurt eine möglichst optimale Unterstützung dabei zu sein, seine Blutzuckereinstellung so hinzubekommen, dass die gefürchteten Spätfolgen und Komplikationen vermieden werden können – und *dem von Kurt*, - das wir ja noch gar nicht kennen, also erst einmal erfragen müssen.

Um *unser* Anliegen zu realisieren, ist allerdings eine Verhaltensänderung bei Kurt nötig. Da haben also *wir* ein Problem, denn der *andere*, Kurt, ist ja gemäß unserer Überzeugung nicht gezielt instruierbar. Der *andere*, Kurt, soll sich ändern. Will er das aber? Und wie weit ist er überhaupt daran interessiert, wegen eines *möglichen* Zustandes, der *uns* bedrohlich erscheint und den er sich vermutlich gar nicht recht vorstellen kann, jetzt eine Änderung in seiner Lebensführung vorzunehmen? Vielleicht sogar Tabletten zu nehmen oder - noch schlimmer - Insulin zu spritzen, wo er sowieso keine Spritzen mag und dabei immer mal umfällt?

Aus der Klärung der Anliegen ergibt sich dann der operationalisierbare Auftrag, an dem wir gemeinsam arbeiten können. Und der Auftrag definiert dann - wie wir von Kurt Ludewig gelernt haben - wiederum das entsprechend entstehende Hilfesystem. Nämlich ob es um Anleitung, Beratung, Therapie oder Begleitung gehen soll - nicht nur in der PT, sondern auch in der ärztlichen Arbeit. Und hier macht es Sinn – genau, wie in der PT – konkrete, schaffbare und überprüfbare Ziele zu vereinbaren (was ja auch nicht so ganz neu ist). So nutzen wir inzwischen regelhaft Gelegenheiten, wie DMP-Diabetes oder etwa die Gesundheitsuntersuchungen, um Anliegen und Auftrag zu klären und z.B. unter Zuhilfenahme des Diabetes-Ausweises konkrete Ziele zu vereinbaren und überprüfen zu können. Es muss also nicht alles neu erfunden werden, man kann

bestehende Strukturen nutzen.

In einer der Folgebegegnungen passiert nun folgendes: Kurt ist inzwischen zur Schulung gewesen und hat gelernt, worauf es ankommt, war mit dem Schulungskurs sogar gemeinsam einkaufen, weiß also eine Menge. Dennoch sind seine Zuckerwerte nicht so, wie die Zielvereinbarung das ausweist. Nicht katastrophal schlecht, aber auch nicht so, dass man von einer guten Zuckereinstellung sprechen könnte. Er ist etwas bedrückt, als er bei Sam sitzt. Er schätzt Sam, würde auch gern besser mit seinem Zucker da stehen. „Na ja“ sagt er zögerlich, „das ist ja alles nicht so einfach, es schmeckt ja nun mal, dann muss man erstmal den eigenen Schweinehund überwinden ..., und dann, na ja, dann... zu Hause kocht Frieda“.

Frieda ist eine patente Frau, Sam kennt sie von früheren Besuchen in der Praxis. Eine Frau, die ihren Alltag gut im Griff hat. In ihrer Herkunftsfamilie legte man keinen besonders großen Wert auf Bildung. Sie ist aber eine kluge Frau, die ein unglaubliches Gespür dafür entwickelt hat, wann etwas wichtig ist für sie selbst und auch für die Menschen, mit denen sie lebt. Früher hat sie einmal eine Ausbildung zur Diätassistentin angefangen, worauf sie sehr stolz ist, hat dann aber wegen der Kinder abgebrochen. Und wenn Kurt ihr nun sein neues Wissen präsentiert, ... ist der Loyalitätskonflikt quasi vorprogrammiert. Spätestens hier zahlt sich die systemische Ausbildung von Sam aus, denn über ein Ambivalenzcoaching, Einladen des Ehepartners, konstruktive Fragen, zirkuläre Fragen ... konnten sie gemeinsam eine positive Veränderung erreichen.

Wie kommen wir Ärzte denn nun eigentlich zu unserem Wissen? Wir gehen zur Universität, einer Organisation, die Teil des Wissenschaftssystems ist, häufen eine Menge Wissen an und machen erste Erfahrungen. Wie sagte Heinz von Förster so schön? – „Die Wissenschaft ist eine Disziplin, die Wissen schafft“. Und zwar immer noch überwiegend nach Art der Beobachtung, die dem Helmholtz'schen „locus observandi“ entspricht - wir sitzen irgendwo auf Wolke 7 und schauen auf die Welt und beobachten, wie die Welt *wirklich* ist. Wir sind hierbei auch Beobachter - aber externe Beobachter und fühlen uns nicht als Teil der Beobachtung und können das Gesehene objektiv beurteilen, weil wir uns ja wissenschaftlicher Methoden bedienen - !?

Eine „systemische Medizin“, die diesen Namen verdient, müsste nach unserer Meinung schon an dieser Stelle einen Paradigmenwechsel durchführen – nämlich sich einlassen, etwa auf den Begriff der Beobachtung a la Spencer Brown abzuheben. Sie müsste sich auf konstruktivistische Überlegungen, second order cybernetics, systemtheoretische Überlegungen etc. einlassen und zwar nicht als alleinige Alternative, sondern als eine Erweiterung des bisherigen Denkens. Denn das kausale Denken (auf Basis der aristotelischen Logik) – aufgefasst als einen *Ausschnitt* aus der Komplexität systemischen Denkens – hat sicher seinen Sinn und seine Berechtigung. Wir sind damit schließlich weit gekommen, es scheint doch aber auch erhebliche Nachteile und Beschränkungen mit sich zu bringen.

Nachfolgend eine Beschreibung aus der Praxis an einem simplen Beispiel, wie wir mit Hilfe des Beobachterbegriffes zu Wissen gelangen können, ohne unser medizinisches Wissen zu diskreditieren:

Kommen wir zurück zu Frieda. Eines Tages kommt sie nun in die Praxis von Sam und berichtet über Halsweh, Fieber, Schluckbeschwerden, Schwellungen am Hals, Schwitzen und Frieren usw. Sam untersucht sie, kommt zu einer sog. Diagnose und bespricht mit ihr, was man tun kann. Schauen wir doch einmal, was sich unter o.g. Prämissen bei einer Begegnung von Patientin Frieda und dem Arzt Sam beobachten lässt. Thematisiert Frieda ihre Beobachtungen - beispielsweise Halsschmerzen, Schwellungen am Hals, Fieber, Schluckbeschwerden etc., so nimmt das psychische System Friedas etwas wahr und benennt es ganz so, wie früher im sozialen System Familie gelernt. Im Medizinsystem kondensieren die einzelnen Beobachtungen des Patienten zu **Beschwerden**.

Das psychische System des Arztes nimmt seinerseits wahr – zum einen die Schallwellen, die durch Friedas Körper bei der Beschwerdeschilderung entstehen und konstruiert daraus das, was er versteht. Aber auch im Rahmen seiner Untersuchung beobachtet er z.B. eine kloßige Sprache, gerötete und vereiterte Tonsillen, eine Schwellung der Lymphknoten am Hals, schwitzige Haut, halonierte Augen .... Diese Beobachtungen nennen Arzt oder Ärztin schließlich **Befunde**.

Aus **Beschwerden** und **Befunden** (die noch allgemeiner als Symptome einer Krankheit gefasst

werden können) kann er dann auf der Basis seiner Vorerfahrungen und dem, was er gelernt hat, eine **Diagnose** (hier: eitrige Angina) konstruieren, die Basis ist für weiteres Handeln und/oder Kommunizieren. Die Diagnose ist also, so kann man sagen, ein Konstrukt von Sam, gewonnen aus Beobachtungen von Frieda und Sam.

An dieser Stelle soll auf den umfangreichen theoretischen Background verzichtet werden, der evtl. als Erläuterung sinnvoll wäre, da es uns in erster Linie darum geht, zu schauen, womit wir starten, und dies sind zweifellos unsere Beobachtungen, und zwar *ausschließlich* unsere Beobachtungen, selbst wenn wir diese um technische Hilfsmittel, wie das Stethoskop, Otoskop, das Röntgen oder die funktionelle Kernspintomographie erweitern – es bleiben Beobachtungen (nach Spencer Brown: Unterscheidungen, deren eine Seite bezeichnet und deren andere Seite nicht bezeichnet wird, einschließlich Grenze und Kontext), so „objektiv“ dem einen oder anderen diese technischen Untersuchungen auch erscheinen mögen.

Die Interaktion zwischen Frieda und Sam besteht nach Luhmann aus der Kommunikation und nichts weiter. Wenn die Kommunikation der *entscheidende* Anteil ist, der eine Arzt-Patienten-Interaktion ausmacht, so ist naheliegend, dass wir *dieser* auch mehr Aufmerksamkeit schenken sollten, als das je in einem Medizin-Studium vermittelt wird. Natürlich auch, um die Chance der *Annahme* der Kommunikation zu erhöhen

Kurt, Frieda und auch Sam können, folgt man Heinz von Förster, metaphorisch auch als „nichttriviale Maschinen“ aufgefasst werden. Menschen als nicht-triviale Maschinen sind aber weder komplett analysierbar, noch gezielt instruierbar – wie kann man als Arzt nun dennoch hilfreich wirksam werden? Wir finden hier das von Kurt Ludewig beschriebene **Therapeutendilemma** wieder - verkürzt: Handle stets wirksam, ohne zu wissen, was dabei herauskommt. Das gilt in vollem Maße auch für den Arztberuf.

Niklas Luhmann hat uns Ärzten „Störungswissen und Heilungswissen mit einer hohen Unsicherheit bei Diagnose und Therapie“ zugestanden.

Die hohe Unsicherheit ergibt sich sicher *auch* aus der *Kontingenz* der verbalen und nonverbalen Kommunikation, der Ausflagung der Kommunikation als Verhalten, das gedeutet werden muss – und wenn wir dann noch in Rechnung stellen, was evtl. über Spieglerneurone und andere Mechanismen am Bewusstsein vorbei läuft, können wir uns vorstellen, auf wackeligen Füßen unser „Wissen“ über das, was beim jeweils anderen vor sich geht, steht – Stichwort „black boxes“.

Es wäre sicher fatal, würde man die Haltung des Nichtwissens, die wir aus der systemischen PT kennen, so übernehmen, dass man den Patienten das Störungs- aber auch Heilungswissen vorenthielte.

Vielmehr geht es darum, *wie* in der Interaktion die Kommunikation gestaltet wird, *wie* dieses Wissen vermittelt wird und *wie* die andere Person als Adresse der Kommunikation in die Entscheidungsfindung einbezogen wird – eine hohe Unsicherheit auf beiden Seiten lässt sich immer wieder beobachten und wird auf Arztseite oft nicht eingestanden. Sich auf die unvermeidliche Unsicherheit einlassen zu können, bedeutet auch, herauszukommen aus dem Verständnis, der oder die „Wissende“ sein zu *müssen* qua Rolle – ein ungeheurer Gewinn.

Praktisch bewährt hat sich in der hausärztlichen Praxis:

- systemische Haltung
- zu verstehen, dass gegenseitiges Verstehen eher ein Glücksfall ist, häufiger aber das Nichtverstehen, was Nachfragen erfordert ...
- Anliegen- Auftragsklärung
- Unterstützung von Verhaltensänderungen durch Ambivalenzcoaching
- gelegentliche Arbeit mit Lei(d)tsätzen
- Komplexitätserweiterungen, etwa durch Kontextklärung oder Hinzunahme von Angehörigen
- Verwendung konstruktiver Fragen
- Verwendung hypno-systemischer Kommunikation

- Elemente der Kurztherapie nach Steve de Shazer
- gelegentlich auch Übergang in eine ausgesprochene Psychotherapie oder Vermittlung einer solchen

Wie schon im Vortrag zur wissenschaftlichen Jahrestagung 2009 angemerkt, sind die vorsichtigen Versuche, systemisches Denken in die schulmedizinische Praxis umzusetzen, erste Schritte.

Wenn Sie nun glauben, es würde sich jede Interaktion bei uns in der Praxis als eine systemische beobachten lassen, so muss ich Sie enttäuschen. Vielmehr befinden wir uns in der Position der Lernenden, in der Position desjenigen, der etwas bei sich verändern will und der merkt, wie schwer es oft ist, weil die alten Muster – Jahrzehnte gelebt - immer wieder greifen, schneller sind, als das, was man eigentlich vorhatte, usw. – insofern befinden wir uns eigentlich in einer ganz ähnlichen Situation, wie unsere Klienten oder Patienten, die mit Veränderungswünschen an uns herantreten. Das wiederum fördert das Verständnis für die Schwierigkeiten im Prozess und die oft lange Zeit, die es braucht, bis Veränderungen umgesetzt sind.

Holger Forchhammer

PS: Ich freue mich über und bitte um Kritik, Ergänzungen, Fragen, Wünsche usw. - bitte an folgende mail-adresse: [sam@gemeinschaftspraxis116.de](mailto:sam@gemeinschaftspraxis116.de)