

Die Krankengeschichte und ihr lebensweltlicher Hintergrund

Von Bruno Hildenbrand

Der Begriff der Krankengeschichte ist reduktionistisch, da er die Person auf ihre Krankheit(en) reduziert. Aber auch der Begriff der Lebensgeschichte ist reduktionistisch, insofern er die Person von ihrer Lebenswelt trennt.

Im ersten Teil der nun folgenden Ausführungen werde ich mich diesen Setzungen widmen. Alles wird auf die Lebenswelt hinauslaufen, und es wird die Frage zu behandeln sein, auf welchem Wege man in sozialpsychiatrischer Perspektive zur Verankerung einer Person in ihrer Lebenswelt einen Zugang findet.

Krankengeschichte

Unter diesem Stichwort behandelt Viktor v. Weizsäcker das hier zu bearbeitende Thema. Er war Mediziner, und er schildert an einem eindrucksvollen Beispiel, wohin der Reduktionismus in der Behandlung eines Kranken führen kann¹:

Ein Bauer kommt zum Arzt, trägt ihm vor, es tue ihm „im Leibe weh“, und will *wissen*, was das bedeutet. Der Arzt untersucht die Organe des Bauern und findet nichts, „es ist nichts da“, teilt er dem Patienten mit.

Aus Sicht des Bauern ist aber doch etwas da, weshalb er zweifelnd nach Hause geht und den nächsten Arzt aufsucht, von dem er ebenfalls zu wissen begehrt, was da ist. Dieser Arzt ist älter und erfahrener als der zuerst konsultierte Arzt, aber auch er findet nichts. Er weiß aber, dass der Bauer um einen Acker prozessiert. Die Schmerzen im Leibe des Bauern deutet er als Ergebnis von dessen Aufregung um den Ausgang des Prozesses, und er teilt ihm mit: „Du darfst dich nicht aufregen“.

Damit ist das Begehren des Bauern nach Wissen noch nicht gestillt. Von dem Ratschlag, sich nicht aufzuregen, ist er nicht überzeugt, weshalb er zu einem dritten Arzt geht. Auch dieser Arzt findet nichts, weiß aber um die prob-

lematische Beziehung dieses Bauern zu seinem Vater. Jedoch hat er keine Zeit, dieser Verlagerung der Ursachen der Schmerzen auf den Bereich des Seelischen nachzugehen, und er gibt ihm ein Rezept.

Der Bauer hat immer noch keine Antwort auf die Frage, „was da eigentlich ist“, das ihm im Leibe weh tut, auch wenn er sich von der Auskunft des dritten Arztes beeindruckt ließ. Aber auch dieser konnte das Begehren des Bauern nicht auflösen. Schließlich sucht der Bauer in einer benachbarten Stadt einen berühmten Homöopathen auf, der ihm für einige Monate helfen kann.

Jahre später wird dieser Bauer wegen einer Gallensteinkolik operiert. Jetzt hat er keine Schmerzen mehr, aber unzufrieden ist er immer noch, denn bisher hat sich kein Arzt auf sein Begehren nach Wissen um die Störung eingelassen.

Keinem der bisher konsultierten Ärzte sei etwas vorzuwerfen, fährt v. Weizsäcker fort, außer, dass gemäß dem damaligen Stand der Erkenntnis (1928) eine Psychotherapie angezeigt gewesen wäre, weil der Zusammenhang zwischen Störungen in den Gallenwegen, der psychischen Verfasstheit und der Verstrickung in einen endlosen Rechtsprozess ein Weg zur Antwort auf die Frage des Bauern, was ihm da im Leibe weh tut, gewesen wäre.

Bis hierher gelangt, sucht v. Weizsäcker nun nach dem *roten Faden*, der sich durch diese Leidensgeschichte zieht, und findet: Bereits der zweite Arzt hätte dem Patienten sagen können „du weißt selbst, was es ist, es ist der boshafte, törichte Trieb, zu prozessieren, und wenn du sofort aufhörst, bist du gesund“ (171.). Damit hätte er dem Bauern nichts Neues gesagt, denn der ahnte derlei bereits, wollte sich aber diesem Wissen aus „Feigheit oder Ängstlichkeit“ heraus nicht stellen. Es fehlt ihm am Entschluss, sich vom Alten zu verabschieden und Neues zu wagen. Beim zweiten Arzt war dieser Weg



Bruno Hildenbrand
Prof. i. R. Dr., geboren 1948 in Oberkirch/Baden, war bis 2014 Professor für Sozialisationstheorie und Mikrosoziologie am Institut für Soziologie der Friedrich Schiller-Universität Jena.

bereits halb verbaut, da er der Störung den falschen Namen gegeben hatte: „Denn der Prozess regte ihn auf, weil er ungerecht und sinnlos war und weil er das irgendwo in einem fernen Winkel seiner Seele sogar wusste“ (171). Weizsäckers Fazit aus dieser Geschichte lautet: „So ist aus einem wesentlich moralischen Fall ein wesentlich ärztlicher Fall geworden“ (172). Es geht jetzt um Gerechtigkeit.

Auf Grundlage dieses Fallbeispiels gelangt v. Weizsäcker zum nächsten Thema:

Die eigentliche Krankengeschichte

Geholfen hat dem Bauern schließlich der Chirurg. Damit wurde der Fall aber nur „liquidiert“. Jedoch erhält der Bauer dadurch eine neue Chance für künftige Entscheidungen. Bisher wurde die „objektive Naturgeschichte“ durch die „erzählte Wahrheit des Hergangs nur überkrustet“ (176). Diese Wahrheit betrifft die „eigentliche Krankengeschichte“ im Gegensatz zur „äußeren oder naturwissenschaftlichen Krankengeschichte“, und v. Weizsäcker gelangt zu dem Schluss: „So ist es dann ganz sinnlos, in der eigentlichen Krankengeschichte von einer objektiven Diagnose *neben* der Therapie, von einem Erkennen, abgesehen von Behandeln, zu sprechen, da vielmehr jedes Erkennen (verschwiegenes und gesagtes) schon Behandeln ist (falsches oder richtiges)(177).

Zur Erfahrung gelangt der Arzt in der *Weggenossenschaft* mit dem Kranken, die v. Weizsäcker als *Monographie* (Einzelfallbeschreibung) bezeichnet. Sie betrifft nicht nur das Krankhafte, „sondern sie ist die Betroffenheit des Lebens selbst in dem Kranksein; dieses Leben selbst kann immer nur das Leben *dieses wirklichen Menschen* sein“ (177). Von Weizsäcker behandelt hier zwar einen „psychosomatischen Fall“, dennoch lässt sich ein Bogen zur Sozialpsychiatrie schlagen:

Lehren für die Sozialpsychiatrie

Als ich als Mitarbeiter an einer psychiatrischen Universitätsklinik damit begann, im ländlichen Raum einen gemeindepsychiatrischen Verbund aufzubauen (Hildenbrand 2018, Kap.3.3), bewegte mich die Äußerung eines als schizophoren diagnostizierten Patienten. Dieser äußert zur psychotischen Situation:

„Du bist wie ein Schiff im Sturm. Es wirft einen Notanker aus als Hilfe beim Abwettern des Sturmes, um den Bug im Wind zu halten; aber es gibt auch ein Gefühl von Geborgenheit für die an Bord, zu glauben, dass man einen Notanker hat, der nicht auf dem Meeresgrunde liegt, sondern Teil der See ist, und der einem zu überleben hilft, und solange sie glauben, dass sie überleben werden als Schiff, solange können sie die Erfahrung des Sturms durchhalten“ (Laing 1972, 149).

Meine Vorstellung war, dass eine gemeindepsychiatrische Einrichtung im unmittelbaren Umfeld der Patienten zu einem solchen Notanker werden könne. Das scheint funktioniert zu haben, wie die Studie von Patrick Jung (2019, 98ff) zeigt, der eine der ersten Patientinnen in dieser Einrichtung gesprochen und das Gespräch analysiert hat. Zur *Weggenossenschaft* gehört, dass in der fraglichen Einrichtung nicht ständig die Mitarbeiter wechseln. Wechsel kann zwar erforderlich sein, dafür hat der gemeindepsychiatrische Verbund verschiedene Bereiche, zwischen denen die Klienten wechseln können. In unserer Einrichtung ist die leitende Sozialpädagogin jüngst nach 35 Berufsjahren bei uns in den Ruhestand gegangen, und der Sozialarbeiter, den wir vor über 30 Jahren eingestellt haben, ist dort immer noch tätig. Damit sind die äußeren Rahmenbedingungen für das Entstehen von *Weggenossenschaft* gegeben.²

Es ist kein Wunder, dass ich dafür Beispiele aus der Sozialarbeit/Sozialpädagogik heranziehen kann, denn die *Weggenossenschaft* von Arzt und Patient im heutigen Gesundheitswesen dürfte nur in Ausnahmefällen zu erzielen sein. Ich komme zurück auf den Beitrag von v. Weizsäcker: Was zunächst als Krankengeschichte erzählt wird, wird schließlich zur Lebensgeschichte, die sich zeigt, wenn man „der Fülle des wirklichen Lebens offen steht“ (172). In Bezug auf das hier zu verhandelnde Thema kann also der Schluss gezogen werden, dass eine Krankengeschichte, die nicht zur Fülle des Lebens des Patienten führt, diesem nicht hilft. Bemerkenswert im vorliegenden Zusammenhang ist, dass im Fallbeispiel der Arzt das wirkliche Leben seines Patienten, dessen Beruf und aktuelle Lebensumstände wenigstens in Aspekten kennt.

Lebensgeschichte (Biografie)

„Jede rechte Krankengeschichte führt zur Biografie“, schreibt 20 Jahre später Karl Jaspers, und mit „Biografie“ meint er „Beschreibung und Erzählung eines Lebens“ (1946, 563). Damit sind zwei Punkte angesprochen, die bereits v. Weizsäcker bewegten: die Geschichtlichkeit eines Lebens und deren Einzelfallbeschreibung.

Die bisherigen Ausführungen können für eine Grundlegung sozialpsychiatrischen Handelns noch nicht befriedigen. Noch sind sie zu sehr dem Ego (des Kranken) verhaftet, wenn auch v. Weizsäcker die „wirkliche Welt“ des Patienten berücksichtigt. Auf diese, also auf die Welt, kommt es mir jetzt an. Somit wende ich mich nun den Konzepten des Psychiaters Ludwig Binswanger zu. Dieser hat Heideggers Konzept des „In-der-Welt-seins“ aufgegriffen und für seine Arbeit fruchtbar gemacht³.

Mit dem Verweis auf Martin Heidegger und auf Ludwig Binswanger betrete ich das Terrain der Phänomenologie des Edmund Husserl. Sein wesentliches Konzept ist das der Lebenswelt. Die Lebenswelt gilt als Boden und als Fundament, auf dem sich unser alltägliches Leben abspielt, auf dem die Differenzierung von Ich und Anderen⁴, wie auch alle Arten der Rationalisierung, auch der wissenschaftlichen, sich ereignen. Für sozialpsychiatrische Tätige heißt das in Bezug auf den Klienten (m/w/d), dass dessen Welt zu erschließen ist. Es

ist eine Welt der Sorge, die das Dasein konstituiert. Was einem in dieser Welt begegnet, erhält seinen Sinn von dem *Verweisungszusammenhang*, in dem es *situativ* begegnet:

Dazu ein Beispiel aus Hildenbrand (2021): Wir sehen ein Haus am Ortsrand (mit Hilfe von Google Maps). In der Ortsmitte sehen wir den Wendeplatz für die Schulbusse. Der Zusammenhang und damit der Verweis auf die Problematik des Klienten wird klar, wenn wir mit ihm seine Lebensgeschichte erschließen und er seine Geschichten erzählt. Diesen Zusammenhang zu erkennen führt zur „eigentlichen Krankengeschichte“.

Mit diesem Ansatz stehen die zitierten Autoren nicht isoliert in der philosophischen Welt. Helmuth Plessner, Vertreter der philosophischen Anthropologie, schreibt: „Denn es entspricht dem Menschen, zu seiner Umgebung Du zu sagen und, was er selbst ist, im Widerschein der Welt zu suchen.“ (1975, 71). Man soll allerdings das Kind nicht mit dem Bade ausschütten. So sehr ich ablehne, die Position der Differenzierung von Ich und Anderen, von Innenwelt und Außenwelt absolut zu setzen, so wenig halte ich es für sinnvoll, dabei stehen zu bleiben. Jemand, der in seiner Welt lebt, entwickelt natürlich auch einen Standpunkt in Bezug auf sich in dieser Welt. Diesen Standpunkt drückt er aus in den Geschichten, die er darüber erzählen kann.

Jetzt wird es kompliziert: Jeweils unter Berufung auf die Phänomenologie behaupte ich, dass jedermann in eine Welt hinein geboren wurde, deren Teil er ist, dass er aber andererseits auch einen Standpunkt gegenüber dieser Welt entwickelt, der sich in Geschichten ausdrückt. Welche Hilfsmittel stehen zur Verfügung, um sich diesem komplexen Zusammenhang von Klienten, denen man im sozialpsychiatrischen Alltag begegnet, zu nähern? Dazu werde ich im letzten Abschnitt dieser Abhandlung einen Vorschlag machen.

Genogrammarbeit⁵

Das Genogramm ist in der Familienberatung bekannt. Es gilt dort als Möglichkeit, sich eine leichte Übersicht über einen Familienzusammenhang zu verschaffen (McGoldrick und Gerson 1990).

Ein solcher Überblick ist nicht unnützlich, man weiß dann immerhin, mit wem

man es zu tun hat – vorausgesetzt, man legt Wert auf die Information über den personalen Lebenszusammenhang des Patienten, der einem anvertraut wurde. Jedoch ist damit das Potenzial der Genogrammarbeit nicht ausgeschöpft. Es fängt mit der Skizze erst an. Mich interessieren die Wahlen, mit denen sich der Klient in sein Leben hinein entwirft. Das Vorgegebene wird dadurch zum Aufgegebenen. Im Wählen stehen vor ihm offene und problematische Möglichkeiten (Husserl 1948: 105ff.). Offene Möglichkeiten beziehen sich auf solche, für die nichts spricht, während problematische Möglichkeiten solche sind, für die etwas spricht (Schütz 1971, 91ff.). Ein Beispiel: Bevor die Landwirtschaft nach 1950 mechanisiert wurde, bestand das Hauptgeschäft der Schmiede im Hufbeschlag. Mit dem Aufkommen von Traktoren ging dieses Geschäft stark zurück. In der so für Schmiede sich abzeichnenden wirtschaftlichen Krise eröffneten sich Möglichkeiten, offene und problematische. Eine offene Möglichkeit, für die *nichts* sprach, wäre damals gewesen, in den Raketenbau einzusteigen. Eine problematische, für die *etwas* sprach, war, auf Fahrzeugbau umzustellen. Diese Möglichkeit hat den Vorzug, mit dem vorhandenen Potenzial an Kompetenzen arbeiten zu können.

Folgende für die Genogrammarbeit zentrale Elemente enthält dieses Beispiel:

1. Man geht drei Generationen zurück. Das ist hier der Schmied.
2. Man vergewissert sich der damals herrschenden Zeitverhältnisse ökonomischer und sozialer Art.
3. Man fragt nach den offenen und problematischen Möglichkeiten, ohne bereits zu wissen, was tatsächlich geschehen ist (das ist das „Prinzip der Kontextfreiheit“, Wernet 2000, 21).
4. Inzwischen ist man so weit gelangt, dass man nach dem suchen kann, was v. Weizsäcker den „roten Faden“ nennt. Dafür haben sich heute die Begriffe des Musters bzw. der *Fallstrukturhypothese* eingebürgert.

Im angeführten Fall besteht der rote Faden darin, dass der Schmied seine Innovationskraft auf die eigenen Ressourcen konzentriert und einen Anschluss an die wissenschaftlich-technische

Entwicklung ignoriert, was bis zur dritten Generation andauert und dort eine Krise erzeugt, die mittels Hinzunahme externer Expertise und durch Ausweitung des Geschäftsfeldes (vom Langholztransport zum Schwertransport) bewältigt wird.

Aus diesem Beispiel ergibt sich: Ein Rätsel ist die Genogrammarbeit nicht. Es genügt, sich unbefangen an das Material zu setzen und sich ihm zu öffnen. Soweit, so gut. Aber was fängt man damit im sozialpsychiatrischen Alltag an? Angenommen, ich wäre anfangs

Ein Rätsel ist die Genogrammarbeit nicht. Es genügt, sich unbefangen an das Material zu setzen und sich ihm zu öffnen. Soweit, so gut. Aber was fängt man damit im sozialpsychiatrischen Alltag an?

der 1980er Jahre so weit gewesen, wie ich heute in Sachen Genogrammarbeit bin, wäre ich wie folgt vorgegangen: In einem Erstaufnahmegespräch hätte ich zusammen mit dem Klienten (Sie wissen schon: m/w/d) eine Genogrammskizze erstellt. Unter Umständen wäre

ich auf Widerstand gestoßen, sowas habe er in seiner langen Karriere als Psychiatriepatient noch nicht erlebt. Entsprechend hätte ich für dieses Vorgehen werben müssen. Hätte jedoch der Klient kooperiert, wären an der einen oder anderen Stelle der Genogrammaufzeichnung Leerstellen oder Wissenslücken aufgetreten, die er durch Nachfragen hätte füllen können.

Bei der Genogrammkonstruktion hätten wir in der Mitarbeitergruppe das Genogramm gemeinsam rekonstruiert und dabei das Wissen aller Beteiligten herangezogen. Zum Prinzip der Kontextfreiheit hätte auch gehört, dass diese Arbeit der Kenntnisnahme bestehender Krankenunterlagen, Diagnosen etc. vorgezogen worden wäre. Man bildet sich zunächst seine eigene Auffassung. Geduldig hätten wir uns von Generation zu Generation vorgegearbeitet. Schließlich zu einer Fallstrukturhypothese gelangt, hätten wir vergleichend zum spontan erinnerten Programm das ergänzte Genogramm hinzugezogen. Dann hätten wir die Geschichten berücksichtigt, die der Klient immer wieder über sein Leben erzählt. Mitunter wäre Murren von Mitarbeiterseite zu hören gewesen: Sie hätten jetzt Wichtigeres zu tun als darüber nachzudenken, welche Handlungsoptionen einem Schmied im Schwarzwald in den 1950ern zur Verfügung standen. Reagiert hätte ich hier mit dem Verweis auf die „zehn Thesen zur Zeit in

der Psychiatrie“ (Ciompi 1990)⁶. Solche Einwände kommen in der Regel von Unerfahrenen in der Genogrammarbeit, also solchen Mitarbeitern, die bis dahin von deren Potenzial noch nichts gehört haben und allem Neuem kritisch gegenüber eingestellt sind.

Eine solche Genogrammarbeit kann am Anfang einen ganzen Nachmittag oder Abend in Anspruch nehmen. Mit wachsender Erfahrung wird man diesen Zeitbedarf auf zwei Stunden reduzieren können. Die Faustregel lautet: Je mehr Zeit man am Anfang in die Rekonstruktion eines Genogramms investiert und je mehr die Teilnehmer auf Geschwätzigkeit verzichten, eng am Material bleiben und auf methodische Stringenz ihres Vorgehens achten, desto rascher wird sich ein Ergebnis einstellen.

Das Ergebnis einer solchen Herangehensweise wird sein, dem Klienten angemessene („maßgeschneiderte“) Betreuungsangebote zu machen, zu wissen, was man sich an Interventionen sparen kann, und auftretende Krisen angemessen zu deuten und darauf zu reagieren. So wird aus dem erwähnten Notanker mehr als das unspezifische Angebot, für den Patienten da zu sein. Das initiale Stochern im Nebel wird im besten Fall bald einem mit dem Patienten ausgehandelten planvollen Vorgehen weichen. Und ein Letztes: Das gemeinsame Versenken in die Lebensgeschichte des Patienten hat als erwünschte Nebenwirkung, der Begegnung in der Betreuung ein nachhaltiges Fundament zu bereiten (Hildenbrand 2017). ●

Anmerkungen

¹ V. v. Weizsäcker, Gesammelte Schriften 5 (1987, 48–66. Ich zitiere nach Janz (Hrsg.) 1999, 169–183.

² Der Segen der Weggenossenschaft wurde jüngst durch eine Studie bestätigt: „Wer seinem Arzt die Treue hält, lebt gesünder und länger“, berichtet am 11.7.2018 die Süddeutsche Zeitung (Autor der Studie Denis Pereira Gray).

³ Die Erwähnung Heideggers wird manchem nicht gefallen. Zwar stimmt es, dass Heidegger ein verbohrtter Nazi war. Jedoch neige ich dazu, Werk und Leben voneinander zu trennen und aus dem Werk das zu schöpfen, was das Denken befördert. Dazu gehören, „Sein und Zeit“ (1926) sowie die Vorlesung „Hermeneutik der Faktizität“ aus dem Jahr 1923.

⁴ Wenn der Trainer der deutschen Skisprungmannschaft sagt, „er könne nicht in die Köpfe seiner Athleten hineinsehen“, dann ist das zwar eine Differenzierung von Ich und Anderen, die aber auf der Grundlage