

Was ist Intuition oder Der sechste Sinn des Arztes

Wolf Langewitz, Uni-Spital Basel, Psychosomatik/Innere Medizin

Die zunehmende Verbreitung der evidence-based medicine lässt einen alltäglichen Aspekt ärztlichen Handelns in den Hintergrund rücken: Entscheidungen ‚aus dem Bauch heraus‘. Dieser Aspekt begegnet einem vor allem dann, wenn man mit Ärzten darüber diskutiert, wie sie ihre Entscheidungen fällen. Die ersten drei Beispiele stammen aus Seminaren zur Arzt-Patient Kommunikation aus der Schweiz, das letzte aus einer Veröffentlichung aus Großbritannien.

- Dr. P: „Ich schaue mir das Kind an und beobachte, wie es mit seiner Mutter umgeht und mit mir. Dann entscheide ich, ob es ins Spital muss oder wieder nach Hause kann. Die Leukozyten helfen mir dabei nicht so viel weiter.“
- Prof. B.: „Ich hatte so ein ungutes Gefühl und bin abends noch mal auf die Station gegangen, um nach dem Patienten zu schauen.“
- Dr. L.: „Die Nachtschwester sagte, dass ihr der Patient nicht gefallen würde. Ich konnte nicht finden, habe schliesslich noch mal Labor abgenommen und ein EKG geschrieben. Der Mann selber sagte, ihm ginge es genau so wie in den letzten Nächten. Um 3 Uhr morgens ist er gestorben.“
- Ein britischer Praktiker (Andre et al. 2003): "Ähnlich geht's mir mit Lumbago, ein Mann mit Lumbago – Alkohol? Dann geht mir alles Mögliche durch den Sinn, unbewusst oder unterbewusst.“

In diesen vier Episoden kommen Ärzte in Kontakt mit Phänomenen, in denen es keine eindeutigen Zeichen gibt, die sich in Algorithmen einschleusen liessen, sondern in denen ihnen entweder bei sich selbst oder bei anderen eine diffuse und offenkundig vor allem ‚körperlich‘ spürbare Regung begegnet.

Ich schreibe ‚körperlich‘ in Anführungszeichen, weil ich mit Hermann Schmitz den Begriff an dieser Stelle für falsch halte. Körperlich im eigentlichen Sinn sind Wahrnehmungen, die man lokalisieren kann wie einen akuten Schmerz („Hier hinter der Stirn tut es weh!“) oder wie die Irritation durch einen Wollfaden im Handschuh-Futter.

Die hier angesprochenen Wahrnehmungen sind dadurch charakterisiert, dass sie sich im Körper nicht oder nur unscharf lokalisieren lassen. Am ehesten noch beschreibt der Chirurg, der abends noch einmal auf die Station geht, dieses *ungute Gefühl* als etwas Ziehendes in der Magengegend, wobei plausibel ist, dass er nicht glaubt, in diesem Moment ein Organgefühl zu spüren, also z.B. eine Verminderung der Schleimhautdurchblutung genau da, wo er dieses Ziehen am ehesten spürt. Diese Unmöglichkeit einer präzisen Lokalisierung ist eines der Charakteristika leiblicher Phänomene, die Schmitz den rein körperlichen und den psychischen gegenüber stellt (Schmitz 1998, §43, S.6ff).

Allen drei Beispielen ist gemeinsam, dass diese leiblichen Regungen trotz ihrer charakteristischen Unschärfe für die von ihnen ergriffenen Ärzte Handlungsweisend werden. Sie bilden die Basis weit reichender Entscheidungen im ärztlichen Alltag. Evidenz-basierte Medizin wird diese Phänomene nicht aus der Welt schaffen oder überflüssig machen. Dennoch gilt eine wesentliche Einschränkung: Sie ist so gut wie die Daten, auf die sie angewandt wird; wie ausführlich und welche Befunde erhoben werden, ist zunächst einmal kaum das Ergebnis eines Evidenz-basierten Prozesses, sondern hat etwas mit dem nicht nur rationalen Erfassen einer Situation zu tun. Wir werden immer auch ‚aus dem Bauch heraus‘

darüber entscheiden, ob wir bei einem Patienten mit Kopfschmerzen ein Schädel-CT anordnen oder nicht.

Philosophische Annahmen zum Begriff der Intuition

In der philosophischen und in der wissenschaftlichen Tradition ist die Fähigkeit, aus vagen Situationen heraus zu einem Urteil zu kommen, häufig unter dem Begriff der Intuition gefasst worden.

Beispiele dafür sind Kommentare von C.S. Peirce (1839-1914) oder Henry Poincaré (1854-1912). Von Peirce stammt die Definition:

Throughout this paper, the term *intuition* will be taken as signifying cognition not determined by a previous cognition of the same object, and therefore so determined by something out of the consciousness (Peirce 1868).

In dieser Definition wird als wesentlich für die Intuition hervorgehoben, dass sie sich nicht auf vorbestehende, dem Bewusstsein zugängliche Annahmen zum Gegenstand einer Überlegung berufen kann.

Poincaré stellt die Intuition der Logik gegenüber: während erstere durch Induktion und Deduktion dabei hilft, eine Annahme zu überprüfen, ist letztere geeignet, eine Annahme zunächst einmal zu kreieren:

It is by logic we prove, it is by intuition that we invent (Poincaré 1904).

In einer Übersichtsarbeit aus dem Jahre 1926 (Anderson 1926) findet sich die prägnante Formulierung:

The one talent which is worth all other talents put together in all human affairs is the talent of judging right upon imperfect material, the talent, if you please, of guessing right.

Anderson zitiert Blaise Pascal, der bereits im 17. Jahrhundert beschreibt, wie mit intuitivem Material umzugehen ist. Pascal benutzt dabei den Terminus *esprit de finesse* und stellt ihm den *sense de Géométrie* gegenüber.

Ce qui fait donc que certains esprits fins ne sont pas géomètres, c'est qu'ils ne peuvent du tout se tourner vers les principes de Géométrie: mais ce qui fait que des géomètres ne sont pas fins, c'est qu'ils ne voient pas ce qui est devant eux, et qu'étant accoutumés aux principes nets et grossiers de Géométrie, et à ne raisonner qu'après avoir bien vu et manié leurs principes, ils se perdent dans les choses de finesse, où les principes ne se laissent pas ainsi [307] manier. On les voit à peine : on les sent plutôt qu'on ne les voit : on a des peines infinies à les faire sentir à ceux qui ne les sentent pas d'eux-mêmes : ce sont choses tellement délicates et si nombreuses, qu'il faut un sens bien délicat et bien net pour les sentir, et sans pouvoir le plus souvent les démontrer par ordre comme en Géométrie, parce qu'on n'en possède pas ainsi les principes, et que ce serait une chose infinie de l'entreprendre. Il faut tout d'un coup voir la chose d'un seul regard, et non par progrès de raisonnement, au moins jusqu'à un certain degré. et ainsi il est rare que les géomètres soient fins, et que les fins soient géomètres ; à cause que les géomètres veulent traiter géométriquement les choses fines, et se rendent ridicules, voulant commencer par les définitions, et ensuite par les principes, ce qui n'est pas la manière d'agir en cette sorte de raisonnement. Ce n'est pas que l'esprit ne le fasse ; mais il le fait tacitement, naturellement, et sans art ; car l'expression en passe tous les hommes, et le [308] sentiment n'en appartient qu'à peu (Pascal, S. 306-308).

Diese Dinge seien so delikater und dermaßen zahlreich, dass es eines besonders feinen und lauterer Sinnes bedürfe um sie zu spüren. Phänomene sollen in ihrer Ganzheit und nicht aufgelöst in Einzelheiten wahrgenommen werden. Etwas Ähnliches, nämlich das plötzliche Eintauchen in die Atmosphäre einer Landschaft oder in das Fluidum einer Stadt findet sich in einem Rilke-Brief vom 25.6.1920 an die Gräfin M., in dem er von Venedig schreibt: „... , ja im Grunde ist es doch mit ganz Venedig so, man nimmt hier nicht wie mit Gefäßen und Händen auf, sondern wie mit Spiegeln, man „fasst“ nichts, man wird nur einbezogen ins Vertrauen seines Entgehens, ... Venedig will „geglaubt“ sein. ...“ (Rilke-Archiv in Weimar 1950, S.173, Anführungszeichen im Originaltext).

Ich möchte im Folgenden anregen darüber nachzudenken, aus welchem Material die Phänomene sind, die uns in einer Arzt-Patient-Begegnung dazu bringen, eine intuitiv begründete Schlussfolgerung zu ziehen, resp. uns in einer bestimmten Art und Weise zu verhalten. Dabei will ich nicht behaupten, dass diese Phänomene nicht auch dann, wenn wir glauben, aus einem Gespräch oder aus einer körperlichen Untersuchung schlichte Fakten zu extrahieren, eine bedeutende Rolle spielen; dass dies unmöglich ist, ist mehrfach nachgewiesen worden (Birdwell et al. 1993). Wie das Beispiel des oben zitierten Chirurgen zeigt, kann er nicht im Einzelnen begründen, was ihn dazu geführt hat, sich diesen Patienten am Abend noch einmal anzuschauen. Auf die Frage: „Wenn Sie, anstatt selber auf die Bettenstation zu gehen, den Dienst habenden Assistenten angerufen hätten, was hätten Sie ihm denn gesagt?“, findet er im Seminar keine Antwort. Die Unmöglichkeit, auf diese Frage eine schlüssige Antwort zu geben, erhellt das Problem im Umgang mit intuitiven Schlüssen: sie lassen sich nicht auf eine Ansammlung von *einzelnen* Fakten zurückführen, die man dann am Telefon oder im Arztbrief aufführen könnte, sondern entstehen als Reaktion auf eine vage und dennoch eindeutige Situation.

Um sich einer Beschreibung der Phänomene anzunähern, die an der Basis von Intuition stehen, werde ich mich einiger Begriffe bedienen, die auf die Philosophie von Hermann Schmitz, dem Begründer der Neuen Phänomenologie, zurück gehen: was sind leibliche Regungen, was ist eine Situation, was sind Gefühle.

Leibliche Regungen als Ebene von Begegnungen

An den oben zitierten Beispielen fällt auf, wie intensiv leibliche Phänomene beteiligt sind, wenn wir intuitiv oder eben auch ‚aus dem Bauch heraus‘ Entscheidungen fällen. Wenn nichts im Bauch zu spüren ist, fällt man einen Entscheid ‚aus dem hohlen Bauch‘, und das führt selten zu einem guten Ende.

Schmitz führt am Beispiel typischer Verhaltensweisen im Alltag aus, wie Lebewesen über leibliche Phänomene miteinander in Kontakt treten (Schmitz 2003, z.B. S. 34-43). Seine Grundidee ist, dass sich leibliche Lebensäußerungen nicht auf *ein* Lebewesen beschränken, sondern über den einzelnen Leib hinausgreifen und mehrere Leiber in grössere Zusammenhänge zusammenschließen können. Beispiele solcher uns allen vertrauter Phänomene sind das rhythmische Klatschen im Theater, die sich langsam ausbildende aufgekratzte Stimmung einer Party oder die gleichsinnige mimische und gestische Reaktion des empörten Publikums im Fussballstadion beim ausbleibenden Pfiff des Schiedsrichters. In diesen Fällen könnte man - mit Schmitz - sagen, dass die Beteiligten nachgerade in gemeinsamen Gefühlen baden, die er als ‚räumlich ausgedehnte Atmosphären‘ definiert. Unmittelbar leibliche Kontakte stellen wir im Alltag über den Blick her und den Händedruck; in der medizinischen Untersuchung zusätzlich über das Betasten des fremden Körpers bei der körperlichen Untersuchung. Wir dürfen annehmen, dass die Ärztin nicht vollkommen unbeteiligt bleibt, wenn sie eine Patientin körperlich untersucht, sondern dass sich ein ‚gemeinsamer Leib‘ entwickelt, der beide Personen in eine gemeinsame Situation einbindet.

Schmitz bezeichnet diesen Kontakt auf leiblicher Ebene als Einleibung, die mal antagonistisch wie beim Ringkampf der Blicke und mal solidarisch wie beim gemeinsamen Chorsingen ausgeprägt sein kann.

Der Begriff der Situation bei Schmitz

Zentral für das Verständnis von Schmitz' Philosophie und ihrem Nutzen für das Verständnis von intuitiven Entscheidungen ist der Begriff der *Situation*, der vom Alltagssprachlichen Gebrauch abweicht. Situationen sind charakterisiert durch 1. Ganzheit, d.h. Zusammenhalt in sich und Abgeschlossenheit nach aussen, 2. Bedeutsamkeit, bestehend aus Sachverhalten, Problemen und Programmen, und 3. Binnendiffusion in dem Sinne, dass nicht alles, was an Bedeutungen in der Situation vorkommt, als Einzelnes existiert und z.B. Punkt für Punkt einzeln benannt werden könnte (Schmitz 1999, z.B. S. 21-31). Wendet man diese Definition auf die oben zitierten klinischen Beispiele an, wird deutlich, dass gerade die Binnendiffusion in allen Zitaten eine Rolle spielt: es ist unmöglich, im Einzelnen fest zu halten, was an Sachverhalten oder präzise umschriebenen Problemen in den Begegnungen aufscheint. Und dennoch ist nicht beliebig, was jetzt geschieht, sondern es entwickelt sich in der gemeinsamen Situation mit einem Patienten eine für den Arzt klar spürbare leibliche Regung, die dann konkretes Verhalten nach sich zieht – die Situation besitzt also Bedeutsamkeit, und sie ist als besondere Situation im Gedächtnis der Ärzte abgehoben vom Alltagserleben.

Gefühle als räumlich ergossene Atmosphären

Wir neigen dazu Gefühle als Privatsache zu begreifen. Wir gehen davon aus, dass sie sich in unserem Inneren abspielen und meist gewollt und manchmal ungewollt aus ‚der Seele‘ oder aus ‚dem Unterbewussten‘ in die Aussenwelt dringen. Schmitz verweist dagegen auf die Eigenschaft der Gefühle, sich vielen Menschen z.B. in einem Raum feierlicher Stille oder banger Wartens, als gelockerte Atmosphäre am Ende einer Sitzung oder als ‚dicke Luft‘ mitzuteilen. Gerade am Beispiel der Scham lässt sich die ‚infektiöse Potenz‘ von Gefühlen zeigen: manchem Zuschauer wird beim Anschauen einer typischen Offenbarungs-Show auch dann peinlich zumute, wenn der Protagonist selbst keinerlei Scham zeigt bei der Enthüllung seines Seelenlebens. Der Zuschauer wird also ergriffen von einer Atmosphäre, die sich zwischen ihm und dem Quell der Scham ausbreitet, ohne dass der Urheber selber bemerkte, ob seine Selbst-Darstellung beschämend ist (Schmitz 2003, z.B. S. 43-54). Wenn dieses Ergriffensein von Atmosphären selbst via Fernsehen möglich ist, wie sehr dürfen wir dann annehmen, von einem leiblich gegenwärtigen Menschen, mit dem wir in eine gemeinsame Situation eingebunden sind, in Gefühle eingetaucht zu werden, die uns u.U. leiblich ergreifen und in Mit-leiden-schaft ziehen.

Ein Nebenbefund einer empirischen Arbeit zum Einfluss der Position des Arztes (sitzend/stehend) auf das Erleben von Patienten in der Onkologie demonstriert m.E. die umfassende Wirkung einer Intervention, die geeignet ist die Atmosphäre eines Kontaktes zu prägen: Patienten, die einen sitzenden Arzt bevorzugen, haben ein völlig anderes Zeitempfinden: sie erleben die (real identische) Gesprächsdauer mit einem sitzenden ärztlichen Gegenüber als 8.5 Minuten länger als eine Interaktion mit einem stehenden Arzt. (Strasser et al. 2005).

Nutzen und Risiken intuitiver Entscheidungen

Ganz offenkundig haben gerade in der Hausarztmedizin – wie die Beispiele zeigen - Entscheidungen oft eine intuitive Basis. Das Material, das intuitiven Entscheidungen zugrunde liegt, entzieht sich aber einer ins Einzelne gehenden Analyse, da es binnendiffus in der gemeinsamen Situation aufgehoben ist. Von daher lässt sich der Nutzen des Umgangs mit leiblichen Eindrücken und Atmosphären nicht einfach dadurch sicherstellen, dass man sich in

klaren Worten z.B. über die momentan anstehenden Probleme austauscht. Jede Ärztin und jeder Arzt erinnert sich an Momente, in denen diese Problematik, binnendiffuse Bedeutsamkeit zu explizieren, besonders deutlich wird: man denke an die abendliche Vorstellung des Problempatienten, um den man sich Sorgen macht und den man dem diensthabenden Nachtarzt ganz besonders ans Herz legen möchte, oder an den Anruf im Spital, um einen Patienten auch ohne einen konkret begründbaren Grund auf der Notfallstation anzumelden. Veränderungen, die akut auftreten und eindeutig vom zu erwartenden Verlauf abweichen, sind dagegen einfach darzustellen; hier ist Bedeutsamkeit einzeln in Form von Sachverhalten („Atemfrequenz über 30/min, Blutdruck unter 100/60 mm Hg, Fieber über 37.8°C“) oder Problemen („Soll ich die Pneumonie ambulant behandeln?“) und Programmen („Bitte um Überwachung und i.v. Antibiotika“) explizierbar. Schwierig sind die gemeinsamen Situationen im Schmitz'schen Sinne, die sich nicht einfach in ihre einzelnen Bestandteile zerlegen lassen.

Selbst wenn der Nutzen der Intuition im Praxisalltag die Risiken zu überwiegen scheint (Andre et al. 2003), stellt sich die Frage, wie er besser systematisch eingesetzt und in der Aus- und Weiterbildung vermittelt werden könnte. Eine einzige auf Intuition basierende *falsche* Entscheidung wiegt m.E. viele richtige Entscheidungen auf, da sich jeder Arzt Vorwürfe machen wird, wenn er zu früh darauf verzichtet hat, nach einzelnen pathologischen Befunden zu suchen. Allerdings wird ein fixes Regelwerk zur Explikation dessen, was intuitiven Entscheidungen zugrunde liegt, - wie schon Blaise Pascal festgestellt hat -, nicht weiter helfen.

Wie liesse sich der Umgang mit intuitiven Entscheidungen besser nutzen und vermitteln?

Wahrscheinlich zunächst einmal dadurch, dass wir uns vergegenwärtigen, in welchem Ausmass eine Entscheidung auf der Evidenz-gestützten Analyse eindeutiger Fakten beruht. In den vielen Fällen, in denen Fakten nur einen Teil der Entscheidungs-Basis ausmachen, könnten wir uns fragen, was uns dazu bewogen hat, z.B. eine ganz bestimmte diagnostische oder therapeutische Massnahme zu befürworten oder zu überlegen, was uns dazu bringt, jemandem zu versprechen, dass wir ihn auch bei nächtlichen Notfällen betreuen werden, während wir dieses Angebot einem anderen Patienten ohne weitere Überlegung, sozusagen ‚intuitiv‘, nicht machen. Bei der Suche nach den nicht so offenkundigen Motiven unseres Handelns sollten wir – gestützt auf die Überlegungen von Schmitz –weniger nach einzelnen Merkmalen des Gespräches suchen (z.B. was im Einzelnen die Patientin gesagt hat, oder wie ihre Körperhaltung genau zu beschreiben wäre), sondern uns auf Phänomene konzentrieren, die uns leiblich ergreifen und womöglich Niederschlag einer Verdichtung von Gefühlen sind, die nicht eindeutig einem der beiden Partner in einem Arzt-Patient-Kontakt zuzuschreiben sind.

Ein typisches Beispiel für solche Phänomene entnehme ich einer Supervision von Klinik-Assistenten, in der es um ‚schwierige Patienten auf der Station‘ geht. Frau Dr. A. berichtet von einer 67-jährigen Patientin, die sie vorgestern entlassen hat. „Die war so was von mühsam! Ich hab’ keine Ahnung, was mit der los war; gefunden haben wir nichts. Zumindest nichts Wirkliches.“ Ihr Kollege Dr. B. fällt ihr ins Wort und sagt: „Doch nicht etwa Frau G.? Die hab’ ich auf dem Notfall aufgenommen. Da hab’ ich schon gedacht, was soll das denn. Da hat’s der Hausarzt wohl nicht mehr ausgehalten und weist sie ein. Super, keine Ahnung, was wir mit der sollen.“ Dr. C., der die Patientin in der ersten Woche auf Station betreut hatte, steuert einen ähnlichen Kommentar bei: „Ich hatte immer den Eindruck, da kannst Du machen, was Du willst, es wird ihr nichts nützen. Wir werden nie etwas finden, und sie wird genau so unzufrieden gehen, wie sie gekommen ist“.

Es gibt offenkundig einen sehr klar erlebten vielsagenden Eindruck, in den die drei Kollegen eintauchen, wenn sie sich an die Patientin erinnern. Sie ahnen, dass es schwer fallen wird, im

Einzelnen zu explizieren, was ihr fehlt. Die Assistenten bemerken, dass sie die Patientin bis in die Wahl einzelner Adjektive hinein gleich beschreiben und dass sie einen nahezu identischen Gesichtsausdruck zeigen, wenn sie von ihr sprechen. Auch Körperhaltung und Atemmuster der Ärzte in der Supervisionsgruppe verändern sich in ähnliche Richtung, sobald sie sich die Begegnungen mit der Patientin wieder vergegenwärtigen.

Solche Phänomene sind aus der Balint-Arbeit bekannt oder aus der psychoanalytischen Psychotherapie. Sie werden dort mit den Begriffen der Übertragung und Gegen-Übertragung beschrieben; diese Begriffe verdeutlichen das grundlegende Konzept, demzufolge in diesem Moment ein Transfer stattfindet von einer Person auf die andere. Was dabei übertragen wird, bleibt allerdings unklar – sind es wirklich nur die nicht bewussten Beziehungswünsche an das therapeutische Gegenüber und die darauf entstehenden Reaktionen des Therapeuten? Selbst wenn wir annehmen, dass es Gefühle sind, die in der Therapie von einer Person auf die andere übertragen werden, wie gelingt es ihnen, sich aus der Innenwelt des einen zu lösen, die zwischen beiden liegende Aussenwelt zu überwinden und in die Innenwelt des Anderen einzudringen? Schmitz kritisiert die grundlegenden Annahmen des Innenwelt-Dogmas (Schmitz 1999, z.B. S. 32-37, Schmitz 2003, S. 133f.), der zu Folge das gesamte Erleben des Individuums in eine private Innenwelt eingeschlossen wird, in der (hoffentlich) die Vernunft die Regie führt über die unwillkürlichen Regungen. Wie das oben angeführte Beispiel der Scham zeigt, sind Gefühlsregungen eben nicht auf die Innenwelt eines Individuums beschränkt. Er betont den primär leiblichen Charakter wahrgenommener Atmosphären und dehnt mit dem Konzept der Einleibung ihren Anwendungs- und Geltungsbereich auf den Kontakt zwischen einander vollkommen unbekanntem Menschen oder auf die Interaktion zwischen Lebewesen und Gegenständen aus.

Was hätte den Assistenten im o.g. Beispiel geholfen? Sie diskutieren die Möglichkeit, sich bei der Übergabe nicht nur über die Befunde der Patientin, sondern auch über ihren primären Eindruck auszutauschen. Dabei fällt ihnen auf, wie schwierig es ist, diese vagen, mehr intuitiv erlebten Eindrücke in Worte zu fassen. Diese Schwierigkeit wird noch deutlicher beim Versuch, der Patientin diesen Eindruck zurück zu melden, oder ihn im Brief an den Hausarzt zu beschreiben. Eine Formulierung, die für die meisten akzeptabel schien, war: „Frau G., ich habe den Eindruck, dass Sie *insgesamt* mit Ihrer Situation unzufrieden sind. Wir schauen auf die vielen Einzelbefunde und dort entdecken wir nichts, was uns weiter hilft.“ Weiterführende Fragen schienen nicht Erfolg versprechend, weil in der Supervision niemand voraussagen mochte, wie die Patientin reagieren würde, wenn die Ärztin nach diesem Satz abwartet. Als Formulierung an den Hausarzt wurde vorgeschlagen ein Satz wie: „Insgesamt hatten wir den Eindruck, dass es uns nicht gelungen ist zu verstehen, was eigentlich das Problem der Patientin ist. Sie wirkte auf uns unzufrieden mit ihrer Lebenssituation, eher erschöpft und gereizt. Eine eigentliche Depression nach ICD-10 konnten wir aber nicht konstatieren.“

Zusammenfassung

Gerade in der Hausarztmedizin sind Entscheide ‚aus dem Bauch heraus‘ häufig. Mit Hilfe der Begriffe, die Hermann Schmitz in der von ihm begründeten Neuen Phänomenologie entwickelt hat, lässt sich das Material beschreiben, auf dem intuitive Entscheidungen beruhen: leibliche Phänomene, die Arzt und Patient gleichermassen ergreifen; das Eintauchen in eine von Beiden geprägte Atmosphäre aus leiblich ergossenen Gefühlen. Den Rahmen für diese Begegnung bildet die Situation, in der Bedeutsamkeit binnendiffus aufgehoben ist, ohne sich im Einzelnen explizieren zu lassen. Sobald Handeln ansteht, muss aus dem chaotisch Mannigfaltigen der Situation Einzelnes heraus gelöst werden, im Wesentlichen Fakten, Probleme und Programme. Eintauchen in gemeinsame Situationen mit einem Patienten birgt Risiken und Chancen: das Risiko sich nicht rechtzeitig aus der Situation zu lösen und

Einzelheiten aufzugreifen; andererseits die Chance, etwas in dem gemeinsamen Situation wahrzunehmen, das weder vom Patienten noch vom Arzt im Einzelnen expliziert werden kann.

Literatur

Anderson F. Intuition. *The Journal of Philosophy* 1926; XXIII(14):365-377.

Andre M, Borgquist L, Molstad S. Use of rules of thumb in the consultation in general practice--an act of balance between the individual and the general perspective. *Fam Pract* 2003;20(5):514-9.

Birdwell BG, Herbers JE, Kroenke K. Evaluating chest pain. The patient's presentation style alters the physician's diagnostic approach. *Arch Intern Med* 1993;153(17):1991-5.

Pascal B. *Pensées*, Edition 1671, orthographe moderne.

Peirce CS. Questions concerning certain faculties claimed for man. *Journal of Speculative Philosophy* 1868;2:103-114.

Poincaré H. *Mathematical definitions in education*. 1904.

Rilke-Archiv in Weimar (Hrsg.) Rilke, Rainer Maria: *Briefe*. Wiesbaden: Insel-Verlag, 1950,

Schmitz H. *System der Philosophie*, III-1, 3. Bonn: Bouvier Verlag, 1998.

Schmitz H. *Adolf Hitler in der Geschichte*. Bonn: Bouvier Verlag, 1999.

Schmitz H. *Was ist Neue Phänomenologie?* Rostock: Ingo Koch Verlag, 2003.

Strasser F, Palmer JL, Willey J, Shen L, Shin K, Sivesind D, et al. Impact of physician sitting versus standing during inpatient oncology consultations: patients' preference and perception of compassion and duration. A randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 2005;29(5):489-97.