

## 10 Salutogene Bedeutung eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses

---

»Dies ärztliche Handeln steht auf zwei Säulen: einerseits der naturwissenschaftlichen Erkenntnis und dem technischen Können, andererseits auf dem Ethos der Humanität. Der Arzt vergisst nie die Würde des selbstentscheidenden Kranken und den unersetzlichen Wert jedes einzelnen Menschen.«

*K. Jaspers (1)*

»Und die Aufgabe, die uns als Menschen gesetzt ist, heißt, in dieser Lebenswelt unseren Weg zu finden und unsere wirklichen Bedingtheiten anzunehmen. Dieser Weg enthält für den Arzt die doppelte Verpflichtung, seine hochspezialisierte Könnerschaft mit der Partnerschaft in der Lebenswelt zu vereinen.«

*G. Gadamer (2)*

Warum sucht eine Person, die glaubt, ein körperliches oder psychisches Problem zu haben, einen Arzt auf? Wie bereits in Kapitel 1 erörtert, bildet ein Statement von Engelhardt den Ausgangspunkt eines jeden Patienten-Arzt-Kontaktes: »Jemand hat Beschwerden, aber er weiß nicht, wie sie einzuordnen sind. Eine neue unbekannte Empfindung seines Körpers bedrückt ihn, und er kann sie noch nicht deuten. Deshalb geht er eines Tages zu einem Arzt, damit aus Zweideutigkeit und Ungewissheit Klarheit werde« (3). Danach ist ärztliche Tätigkeit einordnen, deuten. Köhle schreibt im Einleitungskapitel der 8. Aufl. von Uexkülls ›Psychosomatische Medizin‹: »Patienten suchen uns Ärzte als Einzelne wegen lebensweltlicher Probleme auf, die sie selbst nicht zu lösen vermögen. Sie stellen uns die Aufgabe, diese Probleme auf Sachwissen gegründet zu klären und zu bewerten, Lösungs-

ansätze zu entwickeln und umzusetzen« (4). In einer Situation, in der der Patient steckt (anschaulich dargestellt im von Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiak beschriebenen Modell des Situationskreises (5,6)) und die der Patient mit eigenen Bedeutungsunterstellungen, Bedeutungserprobungen (in Phantasie und Probehandeln) und eigenen Bedeutungserteilungen nicht zufriedenstellend lösen konnte, soll ein Arzt/ein Psychotherapeut helfen, damit aus Mehrdeutigkeit und Ungewissheit Klarheit werde und damit Probleme des Patienten, auf Sachwissen gegründet, bewertet und geklärt sowie Lösungsansätze entwickelt werden.

Wie Simon und Bökmann (7,8a) ausführlich dargestellt haben (und in Kapitel 5, Absatz 5.7.2, kurz erläutert wurde), ist in erkenntnistheoretischer Hinsicht Beobachten die Operation des Unterscheidens und Bezeichnens. Durch Beobachten wird aus einem unmarkierten Raum (im Beispiel von Engelhardt der eigene Körper oder im Beispiel von Köhle die Lebenswelt) etwas abgegrenzt und bezeichnet. »Die der Unterscheidung zu Grunde liegende Einheit wird invisibilisiert«, »der unmarkierte Raum« wird ausgeblendet (7,8). »Erkennen wird danach grundsätzlich als das Bilden einer Differenz aufgefasst. »Willst du erkennen, triff eine Unterscheidung«. Alles was bezeichnet wird, wird von etwas unterschieden« (8b). Alles, was erkannt wird, unterscheidet das Bezeichnete vom umgebenden »unmarkierten Raum«, vom Kontext. Der Kontext ist das, was nicht bezeichnet wird, ist das, was von einem *Beobachter 1. Ordnung* ausgeblendet wird. Erst ein *Beobachter 2. Ordnung*, der die Operation des Unterscheidens und Bezeichnens eines Beobachters 1. Ordnung beobachtet, bekommt den »unmarkierten Raum«, den Kontext, in den Blick.

## 10.1 Der doppelte Situationskreis als grafisches Modell der Arzt-Patienten-Interaktionen

Ein Patient, der Beschwerden hat, die er allein nicht deuten kann und der Unterscheidungs- und Deutungshilfe bei einem Arzt sucht und sich einem Arzt anvertraut, ist Ausgangspunkt aller Patienten-Arzt-Interaktionen. Dies kann eine Situation sein, in der ein Mensch, bei dem sich z.B. die äußere Umwelt (Arbeitsplatz, Lebenswelt) erheblich verändert hat, und in der er mit seinen Anpassungsbemühungen, seinen begrenzten oder erstarrten Deutungsversuchen scheitert oder eine Situation, in der ein Mensch an leiblichen Veränderungen (Auftreten einer stark juckenden Hautveränderung) oder an einer Dysfunktion seines Organismus (Extrasystolie, Verdauungsstörung) leidet. Er sucht in einer solchen Situation Hilfe bei einem Menschen, den die Gesellschaft als Experten für Deutungshilfe bei körperlichen oder psychischen Beschwerden ansieht, einem Naturheiler, einem Weisen, oder einem Arzt (9).

Für diese Ausgangssituation der Medizin haben von Uexküll und Wesiak das in Kapitel 1 Abb. 1.12, dargestellte und in Kapitel 8, Absatz 8.5 und 8.6, ›durchdeklinierte‹ Modell des doppelten Situationskreises entwickelt (5,6,10). Die spiegelbildlich zueinander angeordneten Situationskreise von Patient (rechte Bildhälfte) und Arzt (linke Bildhälfte) sind durch ein Feld miteinander verbunden, das das gemeinsame Feld des ›Deutens‹ und die deutend geschaffene (konstruierte) gemeinsame Wirklichkeit symbolisieren soll. Im wiederholten gemeinsamen Durchlaufen des doppelten Situationskreises versucht der Arzt (als *Beobachter 2. Ordnung*) die der Konsultation zugrunde liegende Beobachtung des Patienten als unterscheidende und bezeichnende Operation nachzuvollziehen. Dabei will er sowohl die vom Patienten (als *Beobachter 1. Ordnung*) getroffene ›Eingrenzung‹ eines Phänomens als ›markierten Raum‹ als auch die mit der Bezeichnung verbundenen Konnotationen verstehen. Mit seinen Rückfragen versucht der Arzt, den Patienten zu kritischer Selbstbeobachtung zu motivieren, damit dieser seine frühere Beobachtung (seinen ›markierten Raum‹ und seine Bezeichnung hierfür) präzisiert, um eine weitgehende Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient über das vom Patienten phänomenal Gemeinte (›*common ground*‹ (11)) zu erreichen. Das mittels Rückfragen wiederholte Durchlaufen des diagnostisch-therapeutischen Zirkels dient initial vor allem der Phänomen- und Begriffsklärung.

## 10.2 Zu beackerndes Feld der gemeinsamen Wirklichkeit

Von Uexküll hat immer wieder die Konstruktion einer gemeinsamen Wirklichkeit als wesentliches Element einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung betont (5,6). Im doppelten Situationskreis stellt das gemeinsame Feld des Beobachtens, Bezeichnens und Deutens und die deutend geschaffene gemeinsame Wirklichkeit die Verbindung zwischen den Einzel-Situationskreisen von Arzt und Patient dar. Dieses Feld muss, worauf bereits mehrfach hingewiesen wurde, in wiederholten diagnostisch-therapeutischen Zirkeln gemeinsam bearbeitet, gemeinsam im wahren Sinne des Wortes ›beackert‹ werden, damit auf der Basis eines gemeinsamen (Problem-)Verständnisses (›*common ground*‹ (11)) und einer gemeinsamen Erörterung der diagnostischen und therapeutischen Optionen eine Entscheidung getroffen werden und durch neues Handeln erprobt werden kann. Die Arzt-Patienten-Interaktion stellt das Herzstück *Integrierter Medizin* dar. In anderer Begrifflichkeit und anderer grafischer Darstellung sieht die im englischsprachigen Raum entstandene patientenzentrierte Medizin dies ähnlich (11) (Tab. 10.1 und Abb. 10.1).

Nach der initialen Phänomen- und Begriffsklärung müssen in weiteren Durchgängen des diagnostisch-therapeutischen Zirkels das diagnostische Prozedere, die Relevanz und Implikationen der Verdachtsdiagnose oder bestätigten Diagnose erörtert werden. Unter den Therapieoptionen muss dann die dem Patienten und

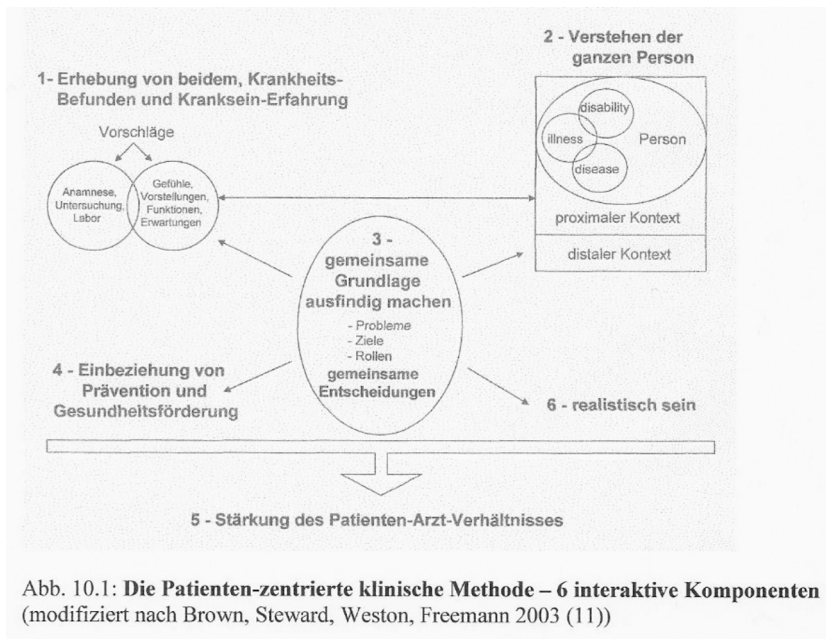
Tabelle 10.1: **6 interaktive Komponenten des Patienten-zentrierten Prozesses** (modifiziert, aus Brown, Steward, Weston, Freemann 2003 (11))

Interaktive Komponenten des Patienten-zentrierten Prozesses

---

- 1 Erhebung von beidem, Krankheits-Befunden und Krankheits-Erfahrung
    - Anamnese, körperliche Untersuchung, Laboruntersuchungen
    - Dimensionen des Kranksein-Erlebens (Gefühle, Vorstellungen, Effekte auf Funktion und Erwartungen)
  
  - 2 Verstehen der ganzen Person
    - die Person (Lebensgeschichte, entwicklungsgeschichtliche und persönliche Aspekte)
    - der nahe Kontext (Familie, Berufstätigkeit, Soziale Unterstützung)
    - der ferne Kontext (Kultur, Gemeinschaft, Ökosystem)
  
  - 3 eine gemeinsame Grundlage ausfindig machen
    - Probleme und Prioritäten
    - Ziele von Behandlung und/oder Management
    - Rollen von Patient und Arzt
  
  - 4 Einbeziehung von Prävention und Gesundheitsförderung
    - Förderung von Gesundheit
    - Meidung von (Gesundheits-) Risiken
    - Reduktion von Risikofaktoren
    - Früherkennung
    - Reduzierung möglicher Komplikationen
  
  - 5 Stärkung des Patienten-Arzt-Verhältnisses
    - Mitgefühl
    - Kraft
    - Heilung
    - Selbstbewusstsein
    - Übertragung und Gegenübertragung
  
  - 6 realistisch sein
    - Zeit und Zeitplanung
    - Teambildung und Zusammenarbeit im Team
    - weiser Umgang mit Ressourcen
- 

seiner Lebenssituation adäquate Entscheidung gefunden werden (*shared decision making*) (12). Mit resultierenden, initial durchaus noch nicht optimalen und daher gegebenenfalls zu korrigierenden probatorischen Maßnahmen kann versucht werden, eine neue Passung von Organismus und Umwelt zu erreichen.



Im diagnostisch-therapeutischen Zirkel wiederholter Arzt-Patient-Interaktionen muss dem Patienten auch verständlich gemacht werden, dass das Ganze einer Erkrankung mehr ist als ein Konglomerat aus körperlichen Befunden, psychischen Ängsten oder emotionaler Dysbalance. Eine Krankheit hat immer auch eine innere Struktur, eine (von Patient zu Patient variable) äußere Form und eine zeitliche Verlaufsgestalt. »Die beobachtbaren Symptome, die geordnet, interpretiert und integriert werden müssen, sind – abhängig von Situation und Umfeld – vielmehr sich immer neu manifestierende Integrale aus der Befindlichkeit des Patienten, der Person des Untersuchers und der sozialen Interaktion zwischen beiden« (13).

### 10.3 Der Arzt als teilnehmender Beobachter

Wenn die erkenntnistheoretische Schwierigkeit der Quantenphysik, die Heisenberg mit dem Begriff ›Unschärferelation‹ beschrieben hat, laut Thure von Uexküll auch für die Medizin zutrifft (5,6), dann erscheint das ›Objekt‹ der Medizin, der Patient, dem beobachtenden Arzt – je nach Betrachtungsperspektive – mal als biologischer Organismus (in Analogie zum Elektron als Partikel), mal als Person (in Analogie zum Elektron als Welle) (siehe Kapitel 1). In der Situation der Patienten-

Arzt-Interaktion ist der Arzt jedoch kein dem Quantenphysiker vergleichbarer ›objektiver‹ Beobachter. Ein Arzt kann nie einen (gottähnlichen) unbeteiligten ›Blick von Nirgendwo‹ (14), von außerhalb der Situation auf den Patienten haben, er ist immer nur relativer Beobachter, weil er gleichzeitig immer auch Teilnehmer ist, Teilnehmer einer gemeinsamen lebensweltlichen Situation. Uexküll (5,6) und Engel (15) haben die Besonderheit eines ›teilnehmenden Beobachters‹ immer wieder unterstrichen.

## 10.4 Der Arzt als Hersteller von Kontext

Die Formulierung ›der Arzt als Hersteller von Kontext‹ fokussiert auf zwei Aspekte: Zum einen ist damit gemeint, dass sich der Arzt als *Beobachter 2. Ordnung* auf den ›blinden Fleck‹ im Auge des *Beobachters 1. Ordnung*, des Patienten, konzentriert und den ›unmarkierten Raum‹, den Hintergrund des vom Patienten eingegrenzten Phänomens, den Kontext, in Augenschein nimmt. Zugleich achtet er auf die Konnotationen, die in der begrifflichen Bezeichnung des Phänomens, das der Patient beobachtet hat, mitschwingen. So kann z.B. das, was der Patient mit ›Müdigkeit‹ bezeichnet hat, vielerlei bedeuten (16). Der Arzt muss mit Rückfragen eine Präzisierung des Bezeichneten zu erreichen versuchen, muss ›referential‹, ›emotional‹ und ›social meaning‹ (17) differenzieren, muss Begleitsymptome, situative und kontextuelle Aspekte (z.B. Familienanamnese) berücksichtigen, um zu verstehen, ob mit ›Müdigkeit‹ schnelle Ermüdung bei körperlicher Anstrengung, Antriebslosigkeit oder Lustlosigkeit gemeint ist (16; siehe Kapitel 6, Absatz 6.7).

Zum andern ist mit der Herstellung von Kontext gemeint, dass der Arzt im Engel'schen Schema des biopsychosozialen Modells (18,19) eine Integration über die biologische, psychologische und soziale Systemebenen hinweg vornimmt (siehe Kapitel 1 und 3). Diese Art der Kontext-Herstellung entspricht der Uexküll'schen Intention, die beiden Teiltheorien der Medizin, die Medizin für Körper und die Medizin für Seelen, zu einer ganzheitlichen Medizin, zur *Integrierten Medizin*, zu vereinen (5,6). In den letzten 30 Jahren sind – in Komplizierung des biopsychosozialen Modells – neue Teiltheorien der Medizin hinzugekommen, die quasi als Randbedingungen den Rahmen zu Engels Hierarchie natürlicher Systeme bilden: evidenzbasierte Medizin (EBM), Patientensicherheit, Qualitätsmanagement, Patientenautonomie u.a. Auch diese, formal randständig erscheinenden, de facto jedoch an Gebiete wie Wissenschaftstheorie, Ethik u.a. anknüpfenden Teiltheorien der Medizin müssen in einer Art diagonalen Achse mit der Biomedizin und der patientenzentrierten Medizin integriert werden (20) (siehe Kapitel 1).

## 10.5 Der Arzt als Ermöglicher eines salutogenen Narrativs

Aus anamnestischen Schilderungen von Krankheitserfahrungen des Patienten erfährt der Arzt viel über die Lebenswelt und individuelle Reaktionen auf Lebenssituationen und -ereignisse. In der Perspektive des Patienten sind Erzählungen von Krankheitserfahrungen nicht nur eine Beschreibung z.B. eines schleichenden Übergangs von einer akuten in eine chronische Erkrankung, sondern auch Geschichten von Versuchen zur Wiederherstellung eines beschädigten ›Selbst‹, einer Selbsttransformation oder Herstellung eines neuen ›Selbst‹. Im Erzählen erfährt sich der Patient als sich selbst beobachtende Person und nimmt zu sich selbst eine ›*exzentrische Position*‹ (Plessner) ein (reflektive Selbstbeobachtung). Als Erzähler wird er zum Zeitreisenden eigener Lebensphasen und zum *Beobachter 2. Ordnung*. Im Erzählen von Krankheitserfahrungen stellt er Zusammenhänge von zuvor nicht zusammenhängenden Ereignissen her und konstruiert Sinnzusammenhänge, die sein Leben retrospektiv als kohärent erscheinen lassen. Im Gegensatz zu anderen Geschichten haben Erzählungen von Krankheitserfahrungen ein offenes Ende (21). Mitunter erkennt der Patient dabei eigene, bisher nicht gesehene Lösungsoptionen, mitunter können im anschließenden ärztlichen Gespräch Pro und Contra verschiedener Lösungsoptionen erörtert und einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zugeführt werden.

## 10.6 Resonanzraum der Arzt-Patienten-Interaktionen

Die grafisch zweidimensional als Feld dargestellte, mit gemeinsamen Deutungsversuchen zu ›beackernde‹ Fläche kann dreidimensional auch als Kasten im Sinne eines Containers kulturell verfügbarer Deutungen und Interpretationskonstrukte (22) oder als Resonanzraum im Sinne von Rosas Resonanztheorie und Soziologie der Weltbeziehungen (23) verstanden werden. Fasst man in der dreidimensionalen Version das Feld der gemeinsamen Wirklichkeit als Resonanzraum auf (Abb. 10.2), dann können drei Achsen der Resonanz unterschieden werden.

- 1) In der *horizontalen* Resonanzachse unterscheidet Rosa die Aspekte Familie, Freundschaft und Politik mit ihren unterschiedlichen kulturellen Gepflogenheiten und unterschiedlichen situativen Atmosphären und Stimmungen.
- 2) Rosas *diagonale* Resonanzachse beinhaltet Objektbeziehungen in Arbeitswelt, Schule, Sport und Konsum.
- 3) Die *vertikale* Resonanzachse bezieht sich auf Religion, Natur, Kunst und Geschichte.

Rosas Soziologie der Weltbeziehungen trifft auch auf den Mikrokosmos der Arzt-Patienten-Interaktionen zu. Arzt und Patient müssen nicht in allen drei Resonanzachsen »gleicher Wellenlänge« sein, aber wenn in keiner Achse Resonanz spürbar ist, ist die Konstruktion einer gemeinsamen Wirklichkeit schwierig bis unmöglich. Anhand des grafischen Modells des doppelten Situationskreises können Dysfunktionen und Störungen der Arzt-Patienten-Interaktionen verstehbar und handhabbar gemacht werden, worauf in Kapitel 8 detaillierter eingegangen wurde.

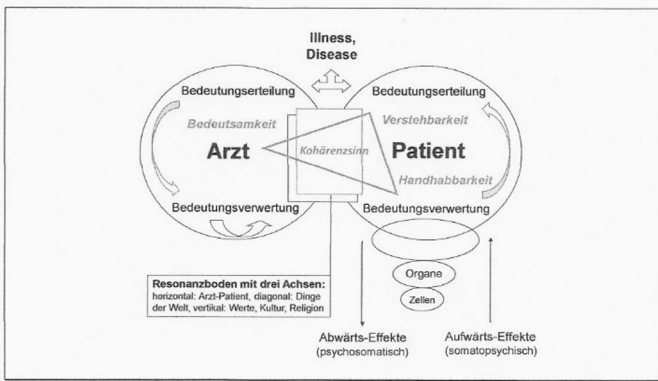


Abb. 10.2: Einbeziehung des Salutogenese-Konzepts in den doppelten Situationskreis (Leiß 2018)

## 10.7 Den Umgang des Kranken mit der Krankheit gestalten: Reduktion von Komplexität

Insbesondere bei chronischen Erkrankungen, bei Komorbidität und im Alter kommt dem Arzt eine wichtige Rolle als Manager von Komplexität zu. Er muss die verschiedenen Komponenten der Krankheitskomplexität wie Chronizität, Komorbidität, »burden of illness« und »burden of treatment« sowie soziale Faktoren, die Erreichbarkeit, Inanspruchnahme medizinischer Hilfe und Selbstsorge des Patienten beeinflussen, im Auge behalten. Er muss sensibel dafür sein, wie Kombinationen von Komplikationen und Interaktionen medikamentöser Therapien die Komplexität erhöhen können, muss spüren, ob der Patient entsprechende Ressourcen oder ein abpufferndes soziales Netz hat und wie er mit all dem umgeht. Kurz, der den Patienten betreuende Arzt muss darauf achten, wie soziale Faktoren und personale Faktoren die Balance zwischen »patient's workload of demands« und

›*patient's capacity*‹ und damit das subjektive Krankheitserleben des Patienten, seine *illness*, beeinflussen (24).

Die Anforderungen, die bestimmte chronische Krankheiten wie z.B. eine dialysepflichtige Niereninsuffizienz, eine dekompensierte Leberzirrhose oder die Chemotherapie eines Plasmocytoms an den Patienten stellen, erfordern einen bestimmten ›Level‹ des Funktionierens. Das betrifft die Bewältigung von Alltagsproblemen, z.B. die Koordination und die Erreichbarkeit der Therapie-Termine und ihre Integration in den Alltag. Faktoren, die die Fähigkeiten und die Kapazität des Patienten beeinflussen, können auf der sozialen Ebene eine Fragmentierung und fehlende Koordinierung der medizinischen Behandlung, Probleme von Erreichbarkeit, Transportmöglichkeiten oder Unterstützung durch Familienmitglieder beinhalten, auf der psychischen Ebene kulturell-bedingte Verständigungsschwierigkeiten, empfundener zusätzlicher Stress oder eine depressive Verstimmung sein und auf der biologischen Ebene eine beginnende Demenz, ein interkurruenter gastrointestinaler Infekt, Sehstörungen u.a. Wie ›*burden of illness*‹ und ›*burden of treatment*‹ eine Komplexität hochschaukeln und das ›*outcome*‹ beeinflussen können, haben Shippee et al. (24) ausführlich dargestellt.

Die Jaspers'sche Forderung (1), »den Umgang des Kranken mit der Krankheit zu gestalten«, erfordert vom Arzt eine ›*mindful practice*‹ (25,26) (siehe Kapitel 7) mit ›freischwebender‹, d.h. dynamisch fokussierender Aufmerksamkeit auf interagierende biopsychosoziale Systemebenen. Die ärztliche Einschätzung der Balance zwischen ›*patient's workload of demands*‹ und ›*patient's capacity*‹ bedarf zum einen regelmäßiger Rückfragen an den Patienten (incl. Einbeziehung von Beobachtungen von Familienangehörigen) und zum andern einer verlaufsabhängigen Priorisierung bzw. Relativierung von Behandlungszielen.

In Rosas Resonanztheorie heißt dies, dass ein Arzt, der in der Langzeittherapie eine ›*minimally disruptive medicine*‹ (27) praktizieren will, die Bedeutung der objektbezogenen diagonalen Resonanzachse in Rosas Resonanzmodell (23) relativieren und die horizontale Resonanzachse des sozialen Netzes und die vertikale Resonanzachse der Werte des Patienten stärker in den Blick nehmen muss. In Gadamer's eingangs zitierten Worten (2) verschiebt sich für den Arzt in der Betreuung chronisch Kranker oder sterbender Patienten die Balance in der »doppelten Verpflichtung, seine hochspezialisierte Könnerschaft mit der Partnerschaft in der Lebenswelt zu vereinen« zugunsten letzterer. Anders formuliert: in der Langzeitbetreuung chronisch Kranker werden menschliche Eigenschaften des Arztes und die Kommunikation über existenzielle Probleme wichtiger, während *disease*-orientiertes Wissen und technisches Know-how eher in den Hintergrund rücken.

## 10.8 Salutogene Bedeutung eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses

Das Gesundheitskonzept der *Integrierten Medizin* (5,6) orientiert sich an den vom israelischen Medizinsoziologen A. Antonovsky entwickelten Vorstellungen zur Salutogenese (28). Antonovsky geht von einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit aus und sieht den Kohärenzsinn als zentrales Element der Gesundheit an. Die drei Teilkomponenten des Antonovsky'schen ›*sence of coherence*‹, ›*comprehensibility*‹/Verstehbarkeit, ›*manageability*‹/Handhabbarkeit und ›*meaningfulness*‹/Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit, fokussieren auf kognitive, emotionale und motivationale Aspekte der Person (28,29).

In Kapitel 1 wurde die Integration des Salutogenese-Konzepts von Antonovsky in den doppelten Situationskreis von Arzt und Patient bereits angesprochen (20). Bei der Konstruktion einer gemeinsamen Wirklichkeit schaffen ärztliches Annehmen und Beteiligen des Patienten an Entscheidungsprozessen Bedeutsamkeit für den Patienten. Die ärztliche Haltung aus Empathie, Sorgfalt und Sich-Kümmern (25,26) und das Bemühen des Arztes um Verstehbarkeit und Handhabbarkeit der Probleme für den Patienten können einen neuen Kohärenzsinn erzeugen, dem seinerseits wichtige gesundheitsfördernde Effekte zukommen. In Abb. 10.2 ist der Kohärenzsinn mit seinen 3 Komponenten als dreieckiges Feld in den doppelten Situationskreis eingeordnet.

Wenn der Arzt sich von Leid und Sorgen des Patienten affizieren lässt, wenn er offen dem Patienten gegenübertritt, ihn unvoreingenommen akzeptiert und ihn als Partner auf Augenhöhe in Entscheidungen, die ihn betreffen, einbezieht (›*nothing about you without you*‹), dann erfährt der Patient eigene Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit in der ärztlichen Konsultation zur Lösung seiner Probleme. Wenn der Arzt sich fragt, warum der Patient gerade zu ihm kommt, wenn er die Bedeutsamkeit, die der Patient ihm für die Lösung seiner Probleme zuspricht, annimmt und ernst nimmt, mit dem Patienten in für ihn verständlichen Worten das Feld der gemeinsamen Wirklichkeit ›beackert‹, wenn es ihm gelingt, dem Patienten verstehbar zu machen (*comprehensibility*), welche Störungen im biologischen Organismus, im psychischen Verhalten und/oder im persönlichen Umfeld vorliegen, er ihm Hilfen aufzeigen kann, wie er damit – sei es mit Verhaltensmaßnahmen (Diät, Übungen, Verhaltenstherapie), sei es mit Medikamenten oder einer Operation – umgehen kann und ihm Optionen der Handhabbarkeit (*manageability*) erläutert, dann kann aus den Teilsystemen Arzt und Patient ein komplexeres Zwei-Personen-System entstehen. Dabei können in systemtheoretischer Sicht neue, aus den Teilsystemen nicht ableitbare emergente Eigenschaften auftreten, z.B. salutogene Effekte und ein neuer Kohärenzsinn für den Patienten (Abb. 10.2). Verstehbarkeit und Handhabbarkeit gelingen dann, wenn die ärztlichen Worte und/oder grafischen Abbildungen, die der Arzt zur Erläuterung verwendet, verständlich sind und wenn

Risiken und Optionen verschiedener Therapieoptionen offen und ehrlich erläutert werden. Bedeutsamkeit wird dann erfahren, wenn anstehende Entscheidungen gemeinsam mit dem Patienten diskutiert und mit seinen Werten und seiner Lebenssituation in Einklang gebracht werden (12). Die Konstruktion einer gemeinsamen Wirklichkeit, die gemeinsame Suche nach einem neuen Kohärenzsinn, ist die zentrale therapeutische Intention der *Integrierten Medizin*.

Antonovsky entwickelte sein Konzept des Kohärenzsinnens mit den Teilkomponenten Bedeutsamkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit (28,29) aus Interviews mit Menschen, die Grausamkeiten und Leid in Konzentrationslagern überlebt hatten. Seine soziologische Sicht auf Menschen, die schwere Schicksalsschläge erlitten haben, kann – wie oben erörtert – in ärztlicher Sicht auch auf Patienten übertragen werden, die sich aufgrund leiblicher Symptome oder emotionaler Dysbalance Sorgen über eine mögliche gravierende Krankheit machen. Aber auch bei psychischen Auffälligkeiten und anstehender Psychotherapie kann Antonovskys Konzept in veränderten Begrifflichkeiten therapeutisch richtungsweisend sein. Die verschiedenen Psychotherapieschulen fokussieren dabei auf unterschiedliche Aspekte (30-33). In salutogener Sicht ähnelt Viktor Frankls (aus Erfahrungen im Konzentrationslager entwickelte) Logotherapie der Antonovsky'schen Teilkomponente ›*meaningfulness*‹, Becks kognitive Therapie der Antonovsky'schen Teilkomponente ›*comprehensibility*‹ und die Verhaltenstherapie der Antonovsky'schen Teilkomponente ›*manageability*‹.

## 10.9 Ethik der Arzt-Patienten-Beziehung

Thompson (34) unterscheidet drei fundamentale ethische Prinzipien, die in Abhängigkeit von Situation und Kontext ärztliches Handeln leiten sollten. In der Situation des bewusstlosen Patienten, in der ein Sprechen seitens des Patienten und ein gemeinsames sprechendes Abwägen von Handlungsoptionen nicht möglich sind und in der der Arzt stellvertretend für den vital gefährdeten Patienten handeln muss, dominiert ein paternalistischer Aspekt. Bei der Beratung des mündigen Patienten sollte der Arzt als sachlicher Anwalt fungieren, der dem Patienten sein Expertenwissen verständlich erläutert, Behandlungsoptionen kritisch darstellt und unter Berücksichtigung der Werte des Patienten eine gemeinsame Entscheidungsfindung anstrebt. In der Situation des sterbenden Patienten, in der seitens des Arztes alles medizinisch Sinnvolle gesagt ist und sich aus dem Sprechen keine Handlungen mehr ergeben, ist nur noch das tröstende ›*Da-sein*‹ wichtig, ist Begleitung auf dem letzten Weg, ist ›*Existenz für Existenz*‹ (Jaspers) wichtig. In der ersten und letzten Situation muss die ärztliche Bedeutsamkeit für den Patienten angenommen und feinfühlig umgesetzt werden. In der Situation des bewusstlosen Patienten sind eher fachliche, in der Situation des multimorbiden oder sterbenden Pa-

tienten sind menschliche Qualifikationen erforderlich. Die Vis-a-vis-Situation der Beratung eines mündigen Patienten fordert ärztliches Bemühen um Verstehbarkeit, Handhabbarkeit unterschiedlicher Therapieoptionen und gemeinsame Entscheidungsfindung. Als Anwalt eines mündigen Patienten muss sich der Arzt über das Dilemma einer Medizin zwischen Humanität und Wissenschaft im Klaren sein, darüber, dass wir dem einzelnen kranken Menschen nur in dem Maße gerecht werden, in dem wir seine Menschlichkeit und seine Individualität ins Spiel bringen und dass wir therapeutisch in dem Grade wirksamer sind, in dem wir uns dem Biologischen zuwenden (35).

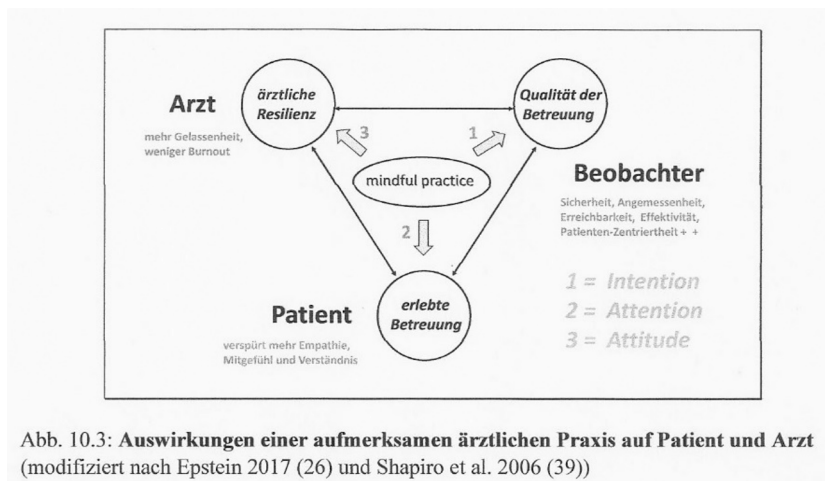
## 10.10 Unverfügbarkeit der Arzt-Patienten-Beziehung

Rosas Kritik moderner Gesellschaften, dass sie sich nur im Modus der Steigerung zu stabilisieren vermögen und dass sie strukturell und institutionell gezwungen sind, immer mehr Welt verfügbar zu machen (36), trifft auch auf die moderne naturwissenschaftliche Medizin zu. In den vier Dimensionen des verfügbar Machens, im sichtbar Machen, erkennbar Machen (mithilfe von Mikroskopen, Endoskopen, bildgebenden Verfahren), im erreichbar bzw. zugänglich Machen (mithilfe von konventionellen oder laparoskopischen Operationen, endoskopischen Interventionen und CT-gesteuerten Punktionen), im beherrschbar Machen, im unter-Kontrolle-Bringen (antibiotische Therapie, Operationen, endoskopische Interventionen, Implantationen u.a.m.) und im nutzbar Machen, in der Indienstnahme (Trainingsmaßnahmen z.B. nach Knieprothesen-Implantation, bedarfsweise Einnahme von PPI, Anxiolytika oder  $\beta$ -Blocker, Armbanduhren zur Erfassung von Extrasystolien) ist die Medizin stumm und droht aufgrund der narrativen Atrophie ›fremd‹ zu werden.

»[...] Das Wort ist Schnörkel, Beilage, jedenfalls kein genuiner Bestandteil der Therapie. Die Therapie ist averbal. Das erzeugt das Unbehagen an der modernen, der erfolgreichen Medizin« (38). Sprechen und Gesprochenes zu hören und zu verstehen, ist einzigartiges Privileg des Menschen. Nur da, wo der Arzt sich vom leidenden Patienten affizieren, ansprechen lässt, nur da, wo er antwortet und beide sich im gemeinsamen Gespräch transformieren lassen, nur da, wo das Unverfügbare akzeptiert wird, entsteht Lebendigkeit (36). Eine sprachlose Medizin ist eine inhumane Medizin (33a). Das ärztliche Gespräch ist nicht planbar und kann nicht verfügbar gemacht werden (38b). Es können allenfalls disponible und situative Voraussetzungen dafür geschaffen werden, sich berühren zu lassen. Für ein aktives Zuhören als ›Seele des Gesprächs‹ (Kapitel 6) und für eine ›*mindful practise*‹ (Kapitel 7) gibt es keinen Ersatz.

## 10.11 Auswirkungen einer aufmerksamen ärztlichen Praxis auf Patient und Arzt

R.D. Epstein, ein Schüler George Engels, hat das Konzept Achtsamkeit für die ärztliche Praxis und die Arzt-Patienten-Beziehung fruchtbar gemacht (25,26). Am Konstrukt *Achtsamkeit* lassen sich drei Aspekte differenzieren, die ›*intention*‹, die ›*attention*‹ und die ›*attitude*‹ (39). Wenn die ärztliche Intention ganz auf eine achtsame und aufmerksame Praxis gerichtet ist (26), wenn das ärztliche Handlungsziel (*intention*) auf gute Qualität der Betreuung gerichtet ist, wenn dabei Teilaspekte wie Patientenautonomie, Patientensicherheit und Evidenz-basierte Therapie berücksichtigt, wenn darauf geachtet wird (*attention*), mit Mitgefühl und Empathie zu reagieren, wenn – wie beim Erlernen des Spielens eines Musikinstruments – ›*intention*‹ und ›*attention*‹ in jahrelangem Üben einverleibt worden sind, dann entsteht eine ›*attitude*‹, eine Haltung, mit der alles unverkrampft abläuft, eine Haltung, die unbeabsichtigte Rückwirkungen auf Patient und Arzt hat (26) (siehe Kapitel 7). Der Patient erlebt zum einen die Berücksichtigung von Patientenautonomie, das Ernstnehmen der Evidenz-basierten Medizin (EBM), er erlebt, dass der Arzt nicht oberflächlich über seine Sorgen hinweghuscht, sondern ihn ernst nimmt, er erlebt eine Qualität der Betreuung, die ihm guttut. Der Patient erlebt zum anderen das Eingehen auf seine Befürchtungen, das ärztliche Bemühen um Verständlichkeit, die Sorgfalt bei der Risikoaufklärung, das Mitgefühl und die Menschlichkeit, er fühlt sich aufgehoben, die vom Patienten erlebte und ›gefühlte‹ Qualität der Betreuung ist hoch.



›*Intention*‹ und ›*attention*‹ haben als einverlebte ›*attitude*‹ auch Rückwirkungen auf den Arzt. Die Rückspiegelung von ›*intention*‹ und ›*attention*‹ seitens des Patienten lassen die ärztlicherseits anfangs oft nicht sonderlich geschätzte Bedeutsamkeit für den Patienten wachsen, machen den Arzt sicherer in unsicheren Situationen und im Umgang mit scheinbar schwierigen Patienten, steigern sein Wohlbefinden und machen ihn weniger anfällig gegen Stress. Die Gefahr, einen Burnout zu erleiden, nimmt ab. Der Arzt achtet stärker darauf, dass sein Leben mit seinen Werten in Einklang steht, dass er nur ein guter Arzt sein kann, wenn er das eigene ›*well-being*‹ nicht vernachlässigt, weil dies die Voraussetzung für eine achtsame Praxis ist. Abb. 10.3 fasst die Rückwirkungen einer Kultur der Achtsamkeit und Aufmerksamkeit auf Patient und Arzt zusammen. Die achtsamkeitsorientierte Sicht von Epstein (25,26) und Shapiro et al. (39) hat Ähnlichkeit mit der soziologischen Sicht von Rosa zur Unverfügbarkeit (36) und ihren Voraussetzungen, sich affizieren und ansprechen zu lassen, Antwort zu geben und transformiert zu werden. Beide Sichten sind Beispiele dafür, wie mithilfe systemischer Prinzipien eine salutogene Perspektive aufseiten des Arztes und des Patienten stets neu reflektiert und erworben werden muss (40) und wie verändertes Behandlungskonzept und Selbstreflexivität es dem Arzt ermöglichen, sich ›aufgehoben in der Medizin zu erleben‹ und dieses Bild auch an Patienten vermitteln zu können (41).

## Literatur

- 1 Jaspers K. Die Idee des Arztes. In: Jaspers K. Der Arzt im technischen Zeitalter. Technik und Medizin, Arzt und Patient, Kritik der Psychotherapie. Serie Piper SP 441, München/Zürich: R. Piper Verlag; 1986: 7-18.
- 2 Gadamer HG. Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. 4. Aufl, 1996: 132.
- 3 Engelhardt K. Patienten-zentrierte Medizin. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag; 1978: 65.
- 4 Köhle K. ›Integrierte Medizin‹. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.) Uexküll Psychosomatische Medizin – Theoretische Modelle und klinische Praxis. München: Elsevier; 8. Auflage, 2017: 3-22.
- 5 von Uexküll Th, Wesiak W. Theorie der Humanmedizin. München/Wien/Baltimore: Verlag Urban & Schwarzenberg; 3. Aufl. 1998.
- 6 von Uexküll Th, Wesiak W. Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). Uexküll Psychosomatische Medizin. 6. Aufl., München: Urban & Fischer; 2003: 3-42.
- 7 Simon FB. Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag; 1995.

- 8 Bökman MBF. Systemtheoretische Grundlagen der Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin/Heidelberg/New York: Springer-Verlag; 2000. a) Kapitel 1: Die Theorie des Beobachtens. S. 1-21; b) Kapitel 2: Allgemeine Theorie selbstreferentieller Systeme. S. 23-37.
- 9 Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture – An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press; 1980.
- 10 Geigges W. Reflektierte Kasuistik als Instrument der Forschung und Lehre einer Integrierten Medizin. In: von Uexküll Th, Geigges W, Plassmann R (Hg.). Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2002: 23-33.
- 11 Brown JB, Stewart M, Weston WW, Freeman TR. Introduction. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR (eds.) Patient-centered Medicine – Transforming the Clinical Method. 2nd edition 2003, reprint 2006. Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd.; 2006: 3-15.
- 12 Edwards A, Elwyn G. Shared Decision-Making in Health Care. Achieving Evidence-Based Patient Choice. 2<sup>nd</sup> edition. Oxford: Oxford University Press; 2009.
- 13 Payk TR. Psychopathologie – Vom Symptom zur Diagnose. 3. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag; 2010: 20.
- 14 Nagel T. Der Blick von nirgendwo. Berlin: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 2035; 2012.
- 15 Engel GL. From biomedical to biopsychosocial: Being scientific in the human domain. Psychosomatics 1997; 38(6): 521-528.
- 16 Leiß O. Der Arzt als Hersteller von Kontext. In: L. Albers, O. Leiß (Hg.). Körper – Sprache – Weltbild. Integration biologischer und kultureller Interpretationen in der Medizin. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2002: 141-153.
- 17 Finegan E. Language. Its structure and use. 3<sup>rd</sup> edition. New York: Harcourt Brace College Publishers; 1999.
- 18 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129-136.
- 19 Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiat 1980; 137: 535-544.
- 20 Leiß O. Vortrag auf der Jahrestagung der Akademie für Integrierte Medizin 19.10.18. Unveröffentlichtes Manuskript (siehe Kapitel 1, vorliegendes Buch).
- 21 Greenhalgh T, Hurwitz B (Hg.). Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin. Bern: Verlag Hans Huber, 2000.
- 22 Geertz C. Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft 696; 1987.
- 23 Rosa H. Resonanz – eine Soziologie der Weltbeziehungen. Berlin: Suhrkamp Verlag; 2016.

- 24 Shippee ND, Shah ND, May CR, Mair FS, Montori VM. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *J Clin Epidemiol* 2012; 65: 1041-1051.
- 25 Epstein R. *Mindful practice*. JAMA 1999; 282: 833-839.
- 26 Epstein R. *Attending. Medicine, Mindfulness, and Humanity*. New York: Scibner; 2017, paperback edition 2018.
- 27 May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ* 2009; 339: 485-487.
- 28 Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
- 29 Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U (Hg.). *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft; 1998.
- 30 Kriz J. *Subjekt und Lebenswelt. Personenzentrierte Systemtheorie für Psychotherapie, Beratung und Coaching*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2017.
- 31 Detel W. *Eine schulübergreifende Systematik moderner Psychoanalyse: Seelenmodell, Hermeneutik, Therapie (Bibliothek der Psychoanalyse)*. Psychosozial-Verlag, 2018.
- 32 Wendisch M. *Wirkungsverständnis von Psychotherapie*. In: Wendisch M. (Hg.). *Kritische Psychotherapie*. Göttingen/Bern: Hogrefe-Verlag; 2020, im Druck.
- 33 Grabe M. *Wie funktioniert Psychotherapie. Ein Buch aus der Praxis für alle, die es wissen wollen*. Stuttgart: Schattauer. 2018.
- 34 Thompson I. Fundamental ethical principles in health care. *Brit Med J* 1987; 295: 1461-1465.
- 35 Rössler D. *Der Arzt zwischen Technik und Humanität*. München: R. Piper & Co., Serie Piper 157; 1977: 23.
- 36 Rosa H. *Unverfügbarkeit*. Wien/Salzburg: Residenz Verlag; 2018.
- 37 Lüth P. *Tagebuch eines Landarztes*. Stuttgart: DVA; 1983 (zitiert nach: Geisler L. *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege*. Frankfurt: Pharma-Verlag; 1987: 12).
- 38 Geisler L. *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege*. Frankfurt: Pharma-Verlag; 1987. a) S. 19; b) S. 17.
- 39 Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol* 2006; 62(3): 373-386.
- 40 Spiro H, Maccree Curnen MG, Peschel E, St. James D (eds.). *Empathy and the Practice of Medicine – Beyond Pills and the Scalpel*. New Haven and London: Yale University Press; 1993.
- 41 Flattern G. (1998). Salutogenetische Auswirkungen der Integration systemischen Denkens auf die Berufszufriedenheit. In: Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U (Hg.). *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft 1998: 277-284.