

## Salutogenese im ärztlichen Handeln

H.-M. Rothe

### Zusammenfassung

Die Bedeutung der Beziehung zwischen Arzt und Patient hat sich parallel zu allen medizinisch-technischen und pharmakotherapeutischen Fortschritten nicht verringert. Im Gegenteil stellen die veränderten Anforderungen des informierteren und selbstständigeren Patienten höhere Anforderungen an die kommunikativen Fertigkeiten des Arztes. Letztere werden jedoch oft wie selbstverständlich als optimal gegeben vorausgesetzt, bedürfen aber wie andere ärztliche Instrumente oder jede Software auch der Pflege und Weiterentwicklung. Die enormen interpersonellen Anforderungen, die neben den fachlichen und ökonomischen Anforderungen zu bewältigen sind, werden zu wenig gesehen und können dann zu erheblichen Langzeitfolgen führen. Eine Möglichkeit die eigene Resilienz zu fördern ist die kollegiale Reflexion von prototypischen Situationen des ärztlichen Alltags und ihrer kommunikativen und emotionalen Erfordernisse. Die Balintgruppenarbeit kann hierfür einen strukturierten und bewährten Rahmen bieten. Neben der Burn-out-Prophylaxe wird ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung in der ärztlichen Praxis geleistet, indem kommunikative Prozesse supervidiert und verbessert werden.

Im Unterschied zu vielen klar profitorientierten Bereichen unserer Gesellschaft fällt es Ärzten in ihrem ärztlichen Tun, in dem zumindest sekundär doch erheblich ökonomische Zwänge berücksichtigt werden müssen, schwer, der Kommunikation mit dem Patienten einen profilierteren Platz zu geben. Während es in vielen Feldern der Wirtschaft gang und gebe ist, zur Umsatzsteigerung Seminare über Kommunikations-techniken zu besuchen, weil man den Wert der Kommunikation selbst in diesem Bereich entdeckt hat, scheint die Medizin sich, obwohl es immer um den Patienten und implizit um die

Kommunikation mit ihm geht, damit schwerer zu tun. Ist es beispielsweise im Bereich der Finanz- und Bankwirtschaft eine Binsenweisheit, dass bei Verkaufsgesprächen nur 30 Prozent an rationalen Gründen und Fakten hängt und Kunden 70 Prozent aus dem Gefühl heraus entscheiden, man den Kunden deshalb bei seinem Gefühl abholen muss, scheinen Ärzte eher – vielleicht dank ihrer naturwissenschaftlichen Ausbildung – einer Utopie von Rationalität und Vernünftigkeit nachzuhängen, die im Alltag Schiffbruch erleidet.

Wenn auch wohl keiner deshalb den ärztlichen Beruf ergriffen hat, um umsatzfördernde Gespräche zu führen, dürfte der prozentuale Anteil von Rationalität und Emotionalität beim Zu-Stande-Kommen einer effizienten Therapie oder ärztlichen Begleitung sich ähnlich zusammensetzen. Jeder Arzt führt im Laufe seines Berufslebens im Durchschnitt 200.000 Patienten-Gespräche. Dem Selbstverständnis vieler Ärzte entspricht es aber eher, eine Naturwissenschaft anzuwenden. Der Vermittlungs- oder Anwendungsprozess bleibt oft im blinden Winkel. Schon der bekannte Medizinhistoriker Heinrich Schipperges warnte vor dem Missverständnis der Medizin als nur angewandter Naturwissenschaft und ordnete die Medizin als Handlungswissenschaft ein.

### Medizin eine Handlungswissenschaft – 200.000 Patienten-Gespräche in einen Arztleben

Die für diese Handlungswissenschaft notwendige Kunst der Gesprächsführung wird im Allgemeinen einfach als beim Arzt vorhanden vorausgesetzt oder hat sich im Laufe der Ausbildung nebenbei zur Anwendungsreife zu entwickeln. Manch einer lebt auch mit der Vorstellung, dass ihm diese Fertigkeit bereits in die Wiege gelegt wurde, sonst wäre er ja nicht Arzt geworden. Das anzustrebende Idealbild wird auf vielerlei Weise und aus verschiedenen Gründen gerne in den Rang des schon Faktischen erhoben.

Noch nicht allzu lange und nicht an vielen Orten gehören Kurse zur Gesprächsführung zum Medizinstu-

dium und wird die Kunst der Anamnese Video-kontrolliert und an Modell-Patienten geübt. Die sich mit dem Arzt-Beruf schnell verbindende Vorstellung von umfassender Kompetenz, der zu Folge die Berufswahl Arzt oder Ärztin per se untrennbar mit dem Charisma der Kontakt- und Beziehungsgestaltung sowie der Gesprächsführung verbunden ist, wird so für die jetzige Generation der Medizinstudenten operationalisiert und zu etwas zu Erlernendem und Erlernbarem. Dadurch entsteht auch hier sukzessive ein Klima von Sichweiterentwickeln-können und Neues lernen dürfen, ohne sich blamiert zu fühlen.

Mehr als die Hälfte der ärztlichen Tätigkeit dürfte sich in der Kunst der Beziehungsaufnahme, der Gesprächsführung, des sich Hineinversetzens, des Zwischen-den-Zeilen-lesen-Könnens, des informieren und überzeugen Könnens, der Anteilnahme, aber auch der Konfrontation und konstruktiven Kritik gestalten. All dies erfordert erstaunliche und bewundernswerte interpersonelle Fertigkeiten. All dies ist mit nicht unerheblichen emotionalen und menschlichen Anstrengungen verbunden. Schließlich begleiten Ärzte nicht vorwiegend erfolgreiche Berufssportler von einem Erfolg zum nächsten, sondern kranke Menschen in erheblichen Krisen, chronisch Kranke, Patienten mit erheblichen Anpassungsleistungen und Handicaps in nicht selten sehr schwierigen äußeren sozialen Bedingungen.

Mögen manche der Patienten den Arztbesuch auch als Alibi für nicht wahrgenommene Eigenverantwortung benutzen, den Arzt und unser Sozialsystem mit ihrer „Vollkasko-Mentalität“ strapazieren und ihn mit ihren passiven Erwartungen an die Grenzen seiner Geduld und Toleranz treiben, solidarisieren Ärzte sich andererseits mit anderen, die angesichts der von ihnen wie auch von uns nicht zu verantwortenden und nur wenig oder gar nicht zu verändernden äußeren Umstände (wie Arbeitsmarktsituation, Schicksalsschläge) verzweifeln, dem Alkohol verfallen, chronisch depressiv oder zu notorischen Rentenbewerbern werden. Auch die Gruppe der

„schwierigen“ Patienten, die die Praxis wiederholt und oft kontaktieren, die chronisch somatisierenden Patienten, die auf der rein körperlichen Ebene „nichts Rechtes“ haben, von ihren psychischen und psychosozialen Belastungen aber nicht sprechen können und beim Arzt Gefühle von Hilflosigkeit, Ärger und Verzweiflung hinterlassen können, kosten Zeit und Kraft.

Zu der Perspektive des ärztlichen Erlebens kommt mit Nachdruck die Sicht- und Erlebensweise des Patienten hinzu. Die meisten Patienten haben einen Hausarzt nötig, der sie als Menschen und nicht nur als eine Art Körper-Maschine, die nicht ausreichend funktioniert oder in der einige Teile repariert oder ersetzt werden müssen, sieht. Sie wollen in ihrer Individualität und Subjektivität gesehen werden, aber immer weniger auf eine paternalistische oder autoritäre Weise.

### Veränderte Anforderungen an den Arzt

Sie erwarten den Arzt mit Autorität, der eine sichere, professionelle Arzt-Patient-Beziehung gestaltet, der auf Nachfragen und Kritik nicht gekränkt reagiert.

Um die Sicht des Patienten kennen zu lernen, ist es erforderlich zuzuhören. Diese relativ passive, rezeptive Haltung fällt Ärzten schwer. Wie entsprechende Studien belegen unterbrechen Ärzte den Bericht ihrer Patienten durchschnittlich schon nach 18 Sekunden (Symposium der Robert-Bosch-Stiftung: Ärztliches Gesprächsverhalten, Köln, 2000, FAZ 06.12.2000, N3). Die Patienten wollen einen Arzt, der in der Lage ist, alle für ihre Gesundheit relevanten Informationen zu überblicken und zu koordinieren. Sie möchten aber auch einen Berater auf Augenhöhe, der ihre Rechte kennt und sie ihnen erklären kann. In Broschüren von Patientenorganisationen und des Patientenbeauftragten der Bundesregierung wird dies unter der Frage „woran erkennen sie einen guten Arzt?“ pointiert formuliert und als wichtiger Anspruch, den der Patient an den Arzt haben soll, bestätigt.

Zugleich arbeiten Ärzte in einem Gesundheitssystem, in dem ein erheblicher Kostendruck zwingt, zu sparen. Nur an Bürokratie wird wenig gespart. Für Ärzte jedoch hat Kosteneffizienz an erster Stelle zu stehen. Die Tücken eines Gesundheitssystem, das sich ursprünglich zur Versorgung akuter Krankheiten herausgebildet hat, für die Behandlung chronischer Erkrankungen aber nicht optimal strukturiert ist, sind nicht wenige.

Es gehört des Weiteren zur ärztlichen Wirklichkeit, dass etwa 20 Prozent des Tuns evidenzbasiert sind und alles andere eine recht subjektive oder individuelle Handschrift trägt. Aber nicht nur das: selbst da, wo es evidence-gesicherte Behandlungsempfehlungen gibt, werden sie nur zum Teil umgesetzt (Ashraf, T. 2000). Nur die Hälfte der Patienten mit Hochdruck und Hypercholesterinämie werden adäquat behandelt. Selbst Hypertoniker mit hohem kardiovaskulären Risiko lösen in 12 Prozent der Fälle die Rezepte gar nicht erst ein und weniger als 50 Prozent der ausgegebenen Medikamente werden tatsächlich eingenommen (Ashraf, T. 72. American heart congress, 1999 nach Philipp, Th., Verbesserte Compliance – Editorial in: pressure: H. 1 (2000) S. 2).

Auch die Un-„Kultur“ der Beipackzettel spiegelt in ihrer Unverständlichkeit und Fehlakzentuierung für den „Anwender“ etwas von den Aporien dieser Situation. Der Schatten einer nicht primär patientenorientierten Vorgehensweise bekommt hier teils bizarre Konturen (Bundesverband der AOK kritisiert Packungsbeilagen von Arzneimitteln, 03.11.2005. FAZ S. 10).

Das ist in der hausärztlichen Situation nicht anders als in der Inneren Medizin oder in der Psychiatrie. Die Fülle der Neuerungen im Bereich der sogenannten neuroleptischen Atypika mit graduellen Verbesserungen des Nebenwirkungsspektrums und hoch differenten Unterschieden im Einwirkungsprofil auf die Neurotransmitter-Systeme kontrastiert sehr stark zu der fast beiläufig mitgeteilten Zahl von 50 Prozent Therapieerweigerern (sc. nicht – Versagern...).

Die Pharma-Industrie preist die immer wieder graduellen Verbesserungen der neuesten Generation von \*\*ane an, während nach wie vor knapp die Hälfte der gepriesenen Medikamente im Mülleimer landen und damit viel evidenzbasierte Wirkung an der vermeintlichen Unvernünftigkeit des Patienten, der scheinbar nicht compliant ist, verpufft. Wenn man ein zu idealisiertes oder zu naturwissenschaftlich dominiertes Bild einer rationalen Medizin, eines rationalen Patienten und eines rational vorgehenden Arztes hat, kann dies alles schier zum Verzweifeln führen. Viele Ärzte sind entsprechend enttäuscht und frustriert, weil sie ihre ursprünglichen Ideale – auch angesichts der ökonomischen Situation, die den Idealismus nicht immer sonderlich dankt, nicht verwirklichen können.

Die Frage ist, wie Ärzte in einem ungesunden Gesundheitssystem selber gesund bleiben können und das steigende Risiko ein Burn-out-Syndrom oder andere psychosomatische, psychische oder stressmitbedingte körperliche Erkrankungen zu entwickeln, abwenden können. Die Rate an depressiven und Erschöpfungssyndromen, die Suchtgefahr ebenso wie die Suizidalität spielen in der Berufsgruppe der Ärzte eine überdurchschnittliche Rolle.

Enttäuschungen, Frustrationen, Desillusionierungen und Kränkungen sind nicht die Ausnahme. Jeder hat seine individuellen Strategien diese Erfahrungen zu regulieren und zu entschärfen. Ironie, Zynik, Sarkasmus oder sich Einigeln (im mehrfachen Sinne!) auf der einen Seite, Humor, Gottvertrauen, ein Dennoch-und-gerade-trotzdem-Idealismus, der es versteht aus Selbstaufopferung und Altruismus nach dem Motto „Geben ist seliger als nehmen“ doch einen inneren Gewinn zu erleben, auf der anderen Seite.

### Salutogenese versus Pathogenese

Antonovsky (1987) hat den so genannten Sence of Coherence als das Bündel von Merkmalen beschrieben, das nach seinen Forschungsergebnissen die meiste Tragweite im Sinne der Gesunderhaltung hat.

**Antonovskys Sense of Coherence**

Bündel von Merkmalen, das die meiste Wirkkraft im Sinne der Gesunderhaltung hat

**Comprehensibility (Verstehbarkeit):**

meint, das eine Person im Stande ist, die Umgebung, in der sie lebt, als strukturierte, zu begreifende, vorhersagbare zu erfassen

**Manageability (Handhabbarkeit):**

Handhabbarkeit, das Gefühl, im Stande zu sein, eine gegebene Situation zu bewältigen und beeinflussen zu können.

**Meningfulness (Bedeutsamkeit, Sinnhaftigkeit)**

Bedeutsamkeit, Sinnhaftigkeit. Ein Gefühl, ein Glaube, dass es in der gegebenen Situation wichtige Dinge und Werte gibt, die für einen zentral wichtig sind, und für die man sich einsetzt und kämpft.

Die bereits angeschnittenen Charakteristika unserer aktuellen ärztlichen Situation stellen teilweise deutlich gegenläufige, potentiell pathogene Faktoren dar:

Die Einsehbarkeit, Verständlichkeit und Vorhersagbarkeit einerseits, die Fähigkeit die anstehenden Probleme gut handhaben zu können, einen ausreichenden Einfluss zu haben, als auch andererseits die Möglichkeit dem Ganzen einen konkreten und auch tieferen Sinn, eine positive Bedeutung beimessen zu können, sind angesichts der geschilderten Situation teilweise erheblich in Frage gestellt.

**Salutogenese und reflektierter Umgang mit der Arzt-Patient-Beziehung**

Im Folgenden soll die Funktion der kollegialen Supervision der Arzt-Patient-Beziehung (Balintarbeit) im Sinne der Gesunderhaltung, der auto-iatrogenen Salutogenese anhand der drei Begriffe und Merkmalsbündel thesenhaft dargestellt werden:

*These 1:* Die real existierende Medizin ist weniger rational als es das Fachbuch- und Kongresswissen wahrhaben möchte.

Emotionale und Beziehungsaspekte gehören unabdingbar zum allgemeinärztlichen Alltag, in dem neben den häufigen frischen Infekten 20 bis 40 Prozent psychisch und psychosomatisch Erkrankte den Arbeitsalltag prägen.

*These 2:* Es geht nicht um ein Plädoyer für eine neue Irrationalität, son-

dern um die rationale Einbeziehung der notwendigerweise mit bedeutsamen interpersonellen Situationen verbundenen Emotionen in das Grundverständnis von praktischer Medizin als immer schon bio-psycho-sozialer Medizin.

Es gilt sich von dem verkürzten Verständnis von Medizin als schlicht angewandter objektivierender Naturwissenschaft zu befreien, weil es zu reduktionistisch, zu simplifizierend ist, zwar unseren idealen Vorstellungen von Wissenschaftlichkeit entspricht, mit der Empirie aber nicht übereinstimmt. Die Balint-Arbeit nimmt die in diesem Missverständnis sich ausdrückende „Lücke“ in unserem reduktionistischen Modell der Realität unseres Tuns in den Fokus, aber nicht um sie der Beliebigkeit von Subjektivismen zu opfern. Das Subjektive, das Individuelle ist nicht beliebig, sondern konkret und verbindlich.

Die Comprehensibility und damit ihr salutogener Einfluss ist im Grundparadigma einer bio-psycho-sozialen Medizin stärker gegeben als in einem vereinfachten naturwissenschaftlichen Modell.

*These 3:* Das was die Arzt-Patient-Beziehung qualitativ verbessert, ist zugleich ein Beitrag zur Qualitätssicherung und Kostensenkung, da die Compliance des Patienten in nicht unwesentlichem Maße mit der Güte der Arzt-Patient-Beziehung zusammenhängt.

Die Kommunikation ist dabei entscheidend. Der Arzt selber wirkt wie eine Arznei (Balint, M.: „der Arzt als

Droge“). Jede Information, die der Arzt gibt, wird auf dem Hintergrund der Beziehung des Vertrauens oder der Angst oder des Misstrauens aufgenommen oder abgelehnt. Wenn es um körperliche Störungen oder um Erkrankungen geht, dann ist bei den Betroffenen hintergründig und untergründig viel Angst und Verunsicherung im Spiel. Für Ärzte sind die Themen von Krankheit, chronischem Leiden und Tod quasi Alltag, damit in gewissem Sinn auch alltäglich, so dass Ärzte dazu neigen die Ängste der Patienten nicht mehr wahrzunehmen oder fehlzubewerten.

Die Manageability und damit ihr Einfluss auf die Salutogenese ist wesentlich höher, wenn es dem Arzt gelingt, das Ausmaß und die Bedeutung der Kommunikation, der kommunikativen Prozesse in seinem ärztlichen Alltag nicht als notwendiges Übel oder nebensächliches oder gar störendes Beiwerk, sondern in ihrer zentralen Bedeutung für seine Patienten und sich selbst zu sehen.

*These 4:* Ähnlich wie medizinische Instrumente, ärztliches Fachwissen und selbst die Praxissoftware der Pflege und der Updates bedürfen, benötigt auch das Hauptinstrument, die Kommunikations-Fähigkeit, das ärztliche Mitsein mit den Patienten entsprechende Wartung, Pflege und Auffrischung

Das ärztliche Tun hat einige Achilles-Fersen. Auch Ärzte sind kränkbar, verletzbar, verwundbar. Ihr Tun ist längst nicht immer von Erfolg gekrönt. Zu oft sind Ärzte tief mit dem Modell des Heilers von akuten Erkrankungen identifiziert und erleben eine unwillkürliche Kränkung ihres Ideals, wenn sie chronisch Erkrankte „nur“ begleiten und den Tod nicht abwenden können. Wer ist nicht auch kränkbar, wenn er sich alle erdenkliche Mühe der Welt gegeben hat und der Patient trotzdem unzufrieden ist, Vorwürfe und Kritik äußert? Wer heißt innerlich den Internet-informierten Patienten herzlich als Partner der gemeinsamen Bemühungen immer willkommen? Wen macht es glücklich zu erfahren, dass sich Frau X. oder Herr Y. natürlich noch eine second opinion eingeholt haben?

*These 5:* Balint-Gruppenarbeit stellt eine wertvolle Methode dar, die hilft in den eigenen kommunikativen und ärztlich-menschlichen Fertigkeiten vital zu bleiben und den notwendigerweise entstehenden interpersonellen Stress immer wieder mittels kollegialer Supervision zu reflektieren und zu reduzieren. Mehr Verständnis für die interpersonale und emotionale Ebene fördert die ärztliche Resilienz, genau so wie die Erfahrung wechselseitiger kollegialer Solidarität in Form des Sich-Hineinversetzens und Beratens.

*These 6:* Balint-Gruppenarbeit ist damit auch eine wertvolle Möglichkeit der Burnout-Prophylaxe, Psychohygiene und Qualitätssicherung.

Die Meaningfulness, das Gefühl der Sinnhaftigkeit und Werthaftigkeit des ärztlichen Tuns tritt deutlicher hervor, wenn zusammen mit Kollegen wieder die ärztliche Grundsituation in ihren besonders auch emotionalen und menschlichen Aspekten in den Blick kommt und reflektiert werden kann. Auch Ärzte sind „nur“ Menschen, auch wenn der archetypische Abglanz des prototypischen, großen Heilers in ihrer Rolle mitschwingt.

Aber was es heißt in einer bestimmten Situation das Bestmögliche im Kontakt zum Patienten zu verwirklichen, klärt sich nur, wenn Ärzte mit der Begrenztheit ihrer Patienten, mit den Begrenztheiten der Kommunikation mit diesen Patienten und nicht zuletzt mit den Grenzen ihrer eigenen Möglichkeiten als Ärzte, als Menschen, hinlänglich versöhnt sind. Burn out im engeren Sinne (Freudenberger 1974) beginnt typischer Weise nicht in äußeren Notzeiten, sondern beginnt allmählich, nach und nach bei der täglichen Arbeit.

Echte Erfüllung in der Arbeit ist der beste Schutz vor Burn out. Die Diskrepanz zwischen den subjektiven Handlungsmotiven und der sachlichen Aufgabenstellung ist eine wesentlich Ursache, die ein burn out heraufziehen lassen kann. Wenn die Arbeit ihren „Eigenwert“ verliert und nur mehr zum Zweck oder Mittel zum Zweck wird, ist das, was ärztli-

che Arbeit ausmacht oder ausmachen kann, im Kern entwertet und wendet sich dann gegen die Ausübenden selbst. Wer sich gestattet, ohne innere Zustimmung zum Inhalt seiner Tätigkeit zu arbeiten, wird eine tiefgehende Verfremdung und Entfremdung mit burn out im Gefolge kaum abwenden können. Wenn der Eigenwert des Tuns nicht mehr gesehen und erlebt wird, dann muss sich zwangsläufig eine Entleerung ergeben.

In den vielfältigen kleinen Situationen des ärztlichen Alltags sind Ärzte auch mit ihrer Person tief involviert, weil die ärztliche Grundidentifikation und damit auch das, was den Spaß am Beruf erhalten oder rauben kann, mit berührt ist. Diese Grundidentifikation von impliziten aber realitätsverzerrenden Erwartungen und Vorstellungen zu befreien ist eine die Tätigkeit enorm entlastende Funktion der Balintgruppen-Arbeit.

Der Arzt und Friedensnobelpreisträger Bernhard Lown, dessen Einteilung der ventrikulären Rhythmusstörungen noch mehr bekannt ist als seine Erfindung des Kardio-Defibrillators, zieht folgendes Fazit seiner jahrzehntelangen ärztlichen Tätigkeit: „Ich bin davon überzeugt, dass ein Zuhören, das über die Hauptklage hinausreicht, der wirksamste, schnellste und kostengünstigste Weg ist, um zum Kern der meisten medizinischen Probleme vorzudringen“ (Lown, B. Die verlorene Kunst des Heilens. 2002).

Nur wenn es möglich bleibt in einem lebendigen Dialog mit den begegnenden Menschen und Patienten zu bleiben, bleibt auch der Arzt in seinem Tun gesund. Die Balintgruppenarbeit kann dazu beitragen diese – anspruchsvolle – Dialogfähigkeit zu erhalten.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Hans-Martin Rothe  
Klinik und Tagesklinik für Psychosomatische  
Medizin und Psychotherapie  
Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH  
Girbigsdorfer Str. 1 – 3  
02828 Görlitz  
[www.psychosomatik-goerlitz.de](http://www.psychosomatik-goerlitz.de)