

**Symposium Gesundheitspolitisches Forum am 25. November 2008:  
Wer bestimmt den Nutzen der medizinischen Versorgung?  
Ein kritischer Diskurs**

**Vortrag „Das Fundament der Medizin ist die Beziehung zwischen Patient und Arzt –  
stimmt das?“**

**Rolf Heine**

**Filderklinik (Filderstadt), Mitglied im Präsidium des Deutschen Pflegerats**

Der Perspektive meines Vortrages liegt eine interessante Konstellation zugrunde: Denn meine Aufgabe ist es, sozusagen als ein „Nicht-Berufsangehöriger“, als ein „Nicht-Arzt“ über die Patient-Arzt-Beziehung zu sprechen. Was erst einmal eher gewagt aussieht, hat dabei doch seine innere Logik: Denn der Blick auf die Arzt-Patienten-Beziehung, überhaupt auf das Beziehungswesen zwischen Menschen, wird traditionellerweise eben doch sehr stark dem Pflegebereich und damit den Pflegeberufen zugeordnet. Deshalb ist es auch sinnvoll, aus der pflegerischen Perspektive über genau diese Frage zu sprechen: Ist die Patienten-Arzt-Beziehung tatsächlich das Fundament der Medizin?

Ich denke, dass die Beziehung zwischen Arzt und Patient wahrscheinlich in der Antike die Grundlage der Medizin gewesen ist – sie ist es aber seit einigen Jahrzehnten gewiss nicht mehr. Gerade haben wir dazu ein sehr schönes und aussagekräftiges Bild gesehen: Die Mutter auf dem Sterbebett. Der Arzt war i vor allem mit dem Puls der Kranken beschäftigt. Ansonsten war sein Antlitz vom eigentlichen Geschehen abgewendet. Nur die Schwester blieb der Kranken zugewandt. Und dabei hat sie noch eine andere Aufgabe erfüllt, sie hält ein kleines Kind im Arm – Ausdruck für die familiäre Sphäre, die natürlich zum Kranksein unmittelbar dazugehört und um die sie sich zu kümmern hat. Auch vor dem Hintergrund dieser Bildbetrachtung freue ich mich auf die Fragestellung meines Beitrages.

Nun, in den letzten Jahren ist die Patienten-Arzt-Beziehung tatsächlich wieder in den Mittelpunkt auch des ärztlichen Selbstverständnisses gerückt, was sich auch auf dem diesjährigen 111. Deutschen Ärztetag gezeigt hat. Die Mediziner sprachen dort von einer Art kopernikanischen Wende, die sich in der Formulierung des ärztlichen Auftrags darstellt. Dazu möchte ich aus dem dort verabschiedeten Grundsatzpapier zitieren: "Der Erfolg ärztlicher Bemühungen hängt ganz entscheidend davon ab, dass das ärztliche Handeln an der Individualität des erkrankten Menschen ausgerichtet ist. Dies betrifft sowohl die Auswahl der Diagnostik als auch die Therapie. Die Begegnung zwischen Patient und Arzt darf nicht von außen oder vorgeschrieben werden, denn in der Individualität der Patient-Arzt-Beziehung liegt das Wesen der ärztlichen Kunst."

Es wird hier also wieder etwas in den Mittelpunkt gestellt, was vermutlich viele Ärzte zu ihrer Berufswahl motiviert hat, was ihnen aber möglicherweise durch das Studium und möglicherweise auch durch die Vergütungssysteme, die einen entsprechenden Beziehungsaufbau ja enorm erschweren, ausgetrieben wurde und wird. Womit haben wir es jetzt also zu tun? Mit einem Rückgriff in die Antike, mit einem Rückgriff auf ein Ideal, das heute und auch in der Zukunft gar nicht mehr erreichbar ist? In der Auseinandersetzung mit dieser Frage bin ich über einen Begriff gestolpert, der sich nicht ganz selbstverständlich erschließt – das ist der Begriff der Individualität. Was ist eigentlich gemeint, wenn wir von Individualität in der Beziehung sprechen? Was ist überhaupt damit gemeint, eine individuelle Therapie durchzuführen? Denn Krankheit ist doch merkwürdigerweise ein Phänomen, das „ent-individualisiert“. Nehmen wir das einfache Beispiel einer Grippe: Stellen Sie sich vor, wir alle säßen hier schniefend und triefend trotz unserer ganz unterschiedlichen Charaktere. Wir wären als quasi gleichförmige Gruppe durchaus ent-individualisiert. Wir würden vor allem erst einmal das Typische und das Gesetzmäßige (zum Beispiel die Symptome) an uns wahrnehmen.

Trotzdem wollen Patientinnen und Patienten, die sich in eine Behandlung begeben, dass sie in ihrer Individualität wahrgenommen werden. Das allerdings setzt eine individuelle Beziehung zwischen Mensch und Therapeut voraus. Aber das, was sich der Deutsche Ärztetag paradigmatisch zur Patienten-Arzt-Beziehung auf die Fahnen geschrieben hat, wird nur dann Wirklichkeit werden, wenn die Medizin zu einem Begriff findet, der deutlich macht, was das Individuelle eigentlich vor dem Typischen der Erkrankung bedeutet. Was bedeutet es eigentlich, wenn ein Mensch „typisch“ wird?

Wenn ein Mensch zu einem typischen Magenkranken oder zu einem typischen Herzkranken wird? Wie kann er trotzdem wieder zu seinen individuellen Verwirklichungsmöglichkeiten finden? Wie kann der Arzt dabei helfen? Vor diesem Hintergrund ist die Formulierung des Ärztetages ganz konsequent, dass Gesundheit weder angeordnet noch hergestellt werden kann, dass sie wesentlich vom Mitwirken des Patienten abhängt und ohne die Begegnung zwischen Arzt und Patient kaum entstehen und nicht beliebig standardisiert werden kann. Es geht um das Individuelle in der Beziehungsgestaltung – ein Perspektivwechsel in der Medizin, die sich ja traditionellerweise stark an einer naturwissenschaftlichen Denkweise orientiert. Es lohnt sich also wirklich, dieses Papier des Ärztetages nicht nur im Ärztekreis zu kommunizieren, sondern die Themen auch in einen breiteren gesellschaftlichen Kontext zu stellen.

### **Die Rolle des Arztes im Vorfeld einer manifesten Erkrankung**

Nun zu den verschiedenen Situationen, in denen es um das Kranksein oder Krankwerden geht. Da wird ja nicht immer ein Arzt aufgesucht – bei einer akuten oder chronischen Erkrankung sicherlich, so dass sich dann eine Patienten-Arzt-Beziehung realisieren lässt. Aber das ist ja gar nicht das Feld, in dem Kranksein oder Krankheitsentstehung vornehmlich auftreten. Krankheit entsteht immer in einer bestimmten Umwelt. Nicht nur in einer bestimmten äußeren Umwelt, einer verschmutzten oder mehr oder weniger sauberen Umwelt, sondern sie entsteht auch in der Arbeitswelt, unter bestimmten Arbeitsbedingungen. Ebenso entstehen Dispositionen für Krankheiten schon in der Erziehung und in der Schule. Man kann sich beispielsweise fragen, wie sich Unterrichtsmethoden oder auch die immer frühere Einschulung auf die Gesundheit von Kindern auswirken. Welche Folgen das auch medizinisch haben wird, ist erst rudimentär erforscht. Was stattdessen ständig diskutiert wird, ist die Frage, wann denn die ersten Abschlüsse bei einem Schulabgänger zu erwarten sind. Die Frage, wie sich Gesundheit in den verschiedenen Lebensfeldern entwickelt, wird leider kaum gestellt, weder im ärztlichen noch im pädagogischen oder pflegerischen Bereich. Dabei haben gerade die Werte einer Gesellschaft entscheidende Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit.

Auch bei den typischen Zeitkrankheiten wie Burn-out, der Depression, Ängsten, Schlafstörungen, Rückenschmerzen, wird oft (noch) kein Arzt aufgesucht, obwohl der Patient längst leidet. Hier geht es in erster Linie um die Beziehungsqualitäten im direkten Umfeld der betroffenen Menschen, um die Familie oder um die Kontakte am Arbeitsplatz. Wie gehen wir dort miteinander um? Hier sind wir einander – noch bevor professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird – Noxe oder Therapeut. Wir sind im Vorfeld der akuten, manifesten Erkrankung dafür mit verantwortlich, wie es um die Gesundheit unserer Kollegen oder unserer Kinder bestellt ist, weil wir diese Beziehungen selbst mitgestalten und moderieren.

### **Die Rolle des Arztes bei chronischen Erkrankungen**

Gerne möchte ich nun auf den Bereich der therapeutischen Intervention eingehen, wenn der Arzt tatsächlich aufgesucht wird und die ärztliche Kunst in Diagnose, Therapie und Beziehungsgestaltung gefragt ist. Hier liegt offensichtlich der Schwerpunkt der ärztlichen Aufgabe. Aber schon bei chronischen Erkrankungen verschiebt sich die Fokussierung auf den Arzt als dem Fundament der Medizin wieder ganz wesentlich. Denn eine chronische Erkrankung ist ja gerade dadurch definiert, dass sie sich im Alltagsleben und nicht in der Arztpraxis oder im Krankenhaus dauerhaft manifestiert. Die therapeutische Verantwortung wird vom Patienten stark mit getragen. Wir wissen, wie sehr die Compliance des Patienten vom sozialen Umfeld abhängig ist. Wie trägt das soziale Umfeld eine ärztliche Maßnahme mit? Das ist eine ganz zentrale Frage. Bei einer chronischen Herzerkrankung geht es darum, die ganze Familie mit einzubeziehen, nicht nur die Ehefrau im Hinblick darauf, was sie denn nun kochen soll, sondern in Bezug auf das gesamte soziale Miteinander. Die menschliche Wärme ist für die Compliance und auch für die Gesundheitsressourcen, die ein kranker Mensch hat, ganz entscheidend. Das sehen wir auch am Beispiel der Demenz: Selbst wenn es ein Medikament geben würde, das die Demenz aufhält oder mildert, bliebe die menschliche Beziehung die entscheidende, wenn nicht die einzige Kraft, die einen demenzkranken oder altersverwirrten Menschen in seinen Lebensbezügen zu halten vermag. Wer von uns ist nicht ein bisschen vergesslich oder ein bisschen alt

oder sogar ein bisschen süchtig? Und überhaupt: Wer definiert die Norm? Wer die Abweichung? Die Frage, wann ein Zustand klinisch relevant und behandlungsbedürftig wird, wird eben individuell bestimmt.

## Hypothesen

An dieser Stelle möchte ich die bisherigen Hypothesen zusammenfassen: Die Patient-Arzt-Beziehung steht im Umkreis der akuten Erkrankung zweifelsfrei im Mittelpunkt der Medizin. Deshalb muss in der ärztlichen Ausbildung dem Beziehungsaspekt auch in der Kommunikation von Diagnose und Therapie mehr Raum gegeben werden. Im Vorfeld der akuten Erkrankung spielt die Patienten-Arzt-Beziehung noch keine wesentliche Rolle, weil der Arzt noch gar nicht aufgesucht wird – momentan wird eine entsprechende Gesundheitsvorsorge oder eine Beratung zu Lebensstilfragen auch nicht ausreichend honoriert. Die heutige ärztliche Ausbildung, die vom pathogenetischen Krankheitsverständnis dominiert ist, würde den Arzt momentan (noch) gar nicht dazu befähigen, eine Rolle als Gesundheitsberater kompetent auszufüllen. Es ist eine ambitionierte Hoffnung, dass sich die ärztliche Ausbildung dahingehend entwickeln wird, dass die Menschen ihren Arzt nicht nur als jemanden wahrnehmen, der für die Beseitigung von Gesundheitsstörungen zuständig ist, sondern mit dem sie ihre Gesundheit in einem größeren Kontext besprechen können. Momentan sieht das (noch) anders aus: Lebens- bzw. Gesundheitsberatung findet entweder gar nicht statt oder sie funktioniert (noch) innerhalb der sozialen Netzwerke. Mit steigender Tendenz nimmt sich der zweite Gesundheitsmarkt diesem Bedürfnis an, bis jetzt jedenfalls kaum der Arzt. Dass heute sehr häufig Heilpraktiker kontaktiert werden, dass Lebensberatungen stark nachgefragt werden, dass Wellness-Angebote immer beliebter werden, ist auch das Resultat einer Medizin, die sich in den letzten 150 Jahren aus dem Bereich der Wegweisung, Unterstützung und Hilfestellung doch weitgehend selbst zurückgezogen hat.

Auch die primäre Prävention und damit das hoffentlich irgendwann kommende Präventionsgesetz muss im Bereich Schule, Arbeit und Kultur stärker gesundheitsfördernd und eben nicht rein krankheitsvermeidend wirken. Prävention darf nicht reduziert werden auf die reine Prophylaxe – vielmehr muss sie die Perspektive haben, im Sinne einer Lebensbegleitung zu wirken. Gesundheitsthemen müssen in der Ausbildung der Lehrer und der Kindergärtnerinnen verankert werden. Auch am Arbeitsplatz sollte das Thema breit verankert werden. Gesundheitspräventive Fragen sollten eben besprochen werden können, bevor eine Krankheit überhaupt erst entsteht. Das heißt aber nicht, dass für diese Aufgabe nun flächendeckend Ärzte beschäftigt werden müssten (auch wenn Schul- oder Betriebsärzte natürlich sehr sinnvoll sind). Prävention gehört stärker in die ärztliche Praxis, aber eben auch und vor allem in die Lebenswelten der Menschen.

Die ärztliche Tätigkeit in den Bereichen Prävention und Lebensbegleitung ist nicht das Fundament der Medizin, sondern im Einzelfall eine notwendige Ergänzung. Das wäre der Schluss, den ich aus diesen Überlegungen ziehen würde. Bei chronischen Erkrankungen liegt die Hauptversorgungslast beim Patienten selbst. Der Patient ist gerade in chronischen Zuständen doch im Wesentlichen sein eigener Therapeut. Zwar ist die partnerschaftliche Beziehung zum Arzt ein wesentlicher Faktor, aber es sind eben auch die Angehörigen und die pflegenden Berufe, die bei chronisch Erkrankten die zentrale Verantwortung übernehmen – obwohl sie so selten in diesem Kontext genannt werden.

Bei chronischen Erkrankungen muss darüberhinaus die Nutzenbewertung der Behandlung differenzierter erfolgen als im akuten Stadium. Bei chronischen Erkrankungen beeinflussen Lebensstilfragen neben den medizinischen Fragen den Krankheitsverlauf sehr stark. Die Patienten, ihre sozialen Netzwerke, professionell Pflegenden, Therapeuten und der Arzt bilden dabei gemeinsam das Fundament. Also steht nicht die Patient-Arzt-Beziehung im Mittelpunkt der Medizin, sondern vielmehr ein ganz komplexes Netzwerk an Gesundheitsdienstleistern und sozialen Netzwerken, die in die Gesundheitssysteme mit hineingedacht werden müssen.

Insgesamt ist die Beziehungsgestalt zwischen dem Patienten und seinen jeweiligen Bezugspersonen entscheidend für Lebensstil, Wohlbefinden und Entwicklung und damit für die individuelle Gesundheit. Das Fundament der Medizin ist eben die Beziehung von Mensch zu Mensch. Eine „deformation professionelle“ finden wir bei Pflegenden, bei Ärzten, bei Therapeuten. Das heißt, im Beruf werden wir alle ein bisschen krank. Und die Heilung dafür ist genau dann zu finden, wenn wir das Individuum in der medizinischen Behandlung wieder ernst nehmen. Wir überwinden die

professionelle Einseitigkeit, das Typenhafte in den jeweiligen Berufen, indem wir Zusammenarbeit wieder neu lernen. Und es gibt solche Felder der Zusammenarbeit durchaus, in denen sich das Spezifische des Berufs der menschlichen Präsenz unterordnet – und zwar in den Bereichen Geburt und Tod. Geburtshilfe und Sterbebegleitung sind interessanterweise Modelle, in denen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit entweder traditionellerweise besteht oder sich wieder neu entwickelt. Warum ist das so? Es gibt für Geburt und Tod eben tragfähige und weithin anerkannte Erklärungsmuster innerhalb der Gesellschaft diesseits einer rein pathologisch orientierten Interpretation. Geburt und Tod sind eben keine Krankheiten – noch sind sie das nicht. Es besteht heute ein zunehmendes Interesse, Geburt und Tod wieder in die Gesellschaft zu re-integrieren. Also sie eben nicht wie in den 60er Jahren und 70er Jahren aus dem häuslichen Bereich ins Krankenhaus zu verlegen. Ganz im Gegenteil, man holt das Sterben und Gebären wieder zurück in den häuslichen Bereich. Oder im Krankenhaus werden quasi familiäre Situationen ermöglicht – das ist ein durchaus vergleichbarer Prozess, der sozusagen den Kompromiss zwischen Privatsphäre und medizinischer Absicherung im Krankenhaus herstellt.

Der rechtliche Rahmen für den freien Zugang der Bürgerinnen und Bürger zu Hebammen- und Hospizdiensten ist geregelt. Auch das ist eine Voraussetzung dafür, dass die Zusammenarbeit nicht durch Verteilungskämpfe gestört wird oder sie gar nicht erst zustande kommt – wie wir das momentan leider, bitte erlauben Sie mir diese politische Bemerkung – beim freien Marktzugang der Pflegeberufe und Heilmittelerbringer, zum Beispiel in der ambulanten Versorgung, erleben. Ein weiterer wichtiger Punkt: die Forschung. Die Erforschung, Verbreitung und Unterstützung gesundheitsfördernder Strukturen in Erziehung, Schule, am Arbeitsplatz und im gesellschaftlichen Leben nach dem Prinzip individueller Selbstbestimmung und Verantwortung sind hehre Ideale, die aber einen wirklichen Paradigmenwechsel auch für die Ausbildung in den Medizinberufen voraussetzen. Wir brauchen eine Verstärkung der salutogenen Ressourcen, also der gesundheitsfördernden Maßnahmen im Bereich der Prävention und auch im Bereich der akuten und insbesondere der chronischen Medizin. Beispielsweise muss bei einem Rheumatiker, dessen Gelenke deformiert sind, nicht nur das Gelenk behandelt werden, sondern auch die noch beweglichen Anteile des Menschen: In der Therapie muss der Mensch in seiner gesamten Beweglichkeit berücksichtigt werden. Das meine ich mit einer Förderung der salutogenen Ressourcen. Wir brauchen gemeinsame Aus-, Fort- und Weiterbildungen in Sinne der Prävention und der Salutogenese in allen Gesundheitsberufen. Wir brauchen die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen unter der Fallführerschaft einer vom Patienten bestimmten Person mit ausreichender Qualifikation im therapeutischen Team. Ich glaube nicht, dass die Dominanz des Arztes in allen Sektoren der für die Gesundheitsfragen relevanten gesellschaftlichen Bereiche zielführend ist. Vielmehr brauchen wir hier auch die Wahlfreiheit des Patienten, sich bei einer Erkrankung den entsprechenden Begleiter zu suchen. Für die akute Erkrankung wird das zweifellos der Arzt sein.

Ich komme zum Schluss: Wir brauchen eine Verankerung der Salutogenese in der Ausbildung aller Heilberufe, ein Präventionsgesetz, das sich nicht ausschließlich auf die Vermeidung von Krankheiten oder Krankheitsursachen konzentriert, sondern Ressourcen fördert. Wir brauchen eine ausreichende Vergütung einer sprechenden, kommunikativen Medizin für Ärzte, Heilmittelerbringer und Pflegende sowie den Direktzugang der Patienten zu den Leistungen aller Heilberufe. Darüberhinaus würde ich mir wünschen, dass aus der Mikrobetrachtung Patienten-Arzt-Beziehung eine Mesobetrachtung Mensch-Mensch-Beziehung und eine Makrobetrachtung, ein integratives, integriertes Gesundheitswesen folgt. Vielen Dank.