

# Das Ganze ist mehr als die Summe der Teile

Kommunikation und Klassifikationssysteme versus Beziehungsmedizin

U. Steiner-König

Das Weiterbildungsprogramm zu Arzt/Ärztin für Allgemeine Medizin FMH von 1998 hält zu Beginn fest:

«Der Arzt für Allgemeine Medizin FMH übernimmt als Hausarzt die Aufgabe, eine individuelle, umfassende und kontinuierliche medizinische Grundversorgung für die ganze Bevölkerung, unabhängig von Alter und Geschlecht, zu gewährleisten. Die Betreuung durch den Arzt für Allgemeine Medizin FMH ist *individuell*, indem sie *auf einer persönlichen Beziehung mit dem Patienten aufbaut* und sich *an dessen Persönlichkeit und Lebensumstände anpasst, umfassend*, indem die *körperlichen, die psychischen und die sozialen Aspekte* in ihrer *gegenseitigen Verflechtung* berücksichtigt und beeinflusst werden (...) *kontinuierlich*, indem das Augenmerk nicht auf eine isolierte Krankheitsperiode beschränkt wird, sondern das Befinden und die Gesundheitsstörung im grösseren zeitlichen Rahmen erfasst wird, *unter Einbezug der Vorgeschichte und des zukünftigen Lebens des Patienten.*»

## Heute

Die heutige Generation von Ärztinnen und Ärzten ist anders erzogen und gross geworden als die meine. Es geht um noch genaueres Erfassen von Symptomen, damit das Einordnen derselben in ein Klassifikationssystem möglich wird und – mehr und mehr – den Anforderungen der Evidence-based Medicine (EBM) Genüge getan werden kann. Dadurch soll eine klar umschriebene Diagnose gestellt werden können. Daraus folgen dann ein Therapieplan nach EBM-Prinzipien und entsprechende Guidelines. Das ist nicht nur standesgemäss, sondern wird in zunehmendem Masse auch bei den Versicherern erwartet.

Korrespondenz:  
Dr. med. Ursula Steiner-König  
Kirchenfeldstrasse 1  
CH-3250 Lyss

## (Vor-)gestern

«Die Geburtstasche in der Hand sprang ich die Stiegen hinauf. Im Zimmer brannte ein helles Licht und Reinlichkeit herrschte. Eine stattliche Hebamme stand hilfsbereit. Wie ich die Kreissende erblickte, kam eine weihevollere Ruhe über mich. Ich traf die nötigen Vorkehrungen. Die Gefahr war gross. – Nach kurzer Zeit hielt ich einen schönen Knaben an den Füsschen empor, ging mit ihm ans Fenster zu den frischen Morgenwinden und klopfte seinen Rücken, bis das Kind kräftig zu schreien und zu atmen begann. Jetzt erst wurde auch ich wieder von der strengen Schule gelöst und in die heitere Welt zurückgerufen.» – So liest man in der Schilderung eines Hausarztes unter dem Titel «Als er noch in der Chaise fuhr».

Die Gegenüberstellung soll verdeutlichen, dass die Interaktion zwischen Arzt/Ärztin und Kranken sich ebenfalls verändert hat. Heute stellt sich die Frage, wie Arzt /Ärztin ihrem Gegenüber, dem erkrankten Menschen in seiner Einmaligkeit begegnen können. Statistisch gesicherte Daten sind etwas Zeitloses, die Begegnung jedoch etwas, was aus der Gegenwart, dem Hier und Jetzt, entspringt. Wo und wie lernen sie, wie sie sich selber im Dialog mit dem/der Kranken einbringen, wie sie wirken, wie ihre Worte verstanden werden?

## Was erhoffen sich die Patientinnen und Patienten?

Haben sie vielleicht bereits das Internet konsultiert, nachdem der Hausarzt erste Vermutungen über die Diagnose geäussert hat oder sie sogar selber eine Verdachtsdiagnose gestellt hatten? Was wird der Arzt/die Ärztin ihnen sagen, wenn sie ihre Befürchtungen oder Ängste äussern, von Unzufriedenheit in Ehe oder Beruf reden möchten? – Es ist klar: sie möchten reden, sie hoffen, bei ihrem Arzt ein offenes Ohr zu finden. Heisst das: sie möchten Kommunikation? oder: sie wünschen, dass der Arzt als Fachmann ihr Leiden versteht?

## Was ist Kommunikation?

«Einige Topmanager haben noch keinem Menschen richtig zugehört», sagt eine Kommunikations- und Unternehmensberaterin in einem Zeitungsinterview. Indem sie diesen Unternehmern helfen will, Menschen von Angstzuständen weg zu gesundem Selbstbewusstsein zu führen, lehrt sie ihnen: «zuhören – mitdenken – organisieren – beraten – optimieren – überzeugen». Lässt sich das auch im Gebiet der Medizin anwenden?

Immitten des allgegenwärtigen wissenschaftlich-technischen Fortschritts blieb der Fortschritt in der Beziehung zwischen Arzt und Patient oft und vielerorts auf der Strecke.

Untersuchungen belegen beispielsweise, dass bis zur Hälfte aller Österreicher unter 50 Jahren mit dem existierenden Medizinsystem unzufrieden seien; die höchste Rate Unzufriedener, die den Zeitmangel der Ärzte beklagen, findet sich offenbar unter den Landwirten (86%); trotzdem sei das Vertrauen in die Ärzteschaft noch hoch.

«Wo Kommunikation nicht ist, ist Angst» sagt Maximilian Gottschlich in seinem Buch «Sprachloses Leid – Wege zu einer kommunikativen Medizin». Darin ist die Rede vom «Elend der medizinischen Kommunikation»: Er spricht von «Inszenierten Beziehungen»: Der digitalisierte Patient der Zukunft, dessen Pathophysiologie in binäre Codes aufgelöst und dessen organische Funktionsstörung im Computermodell rekonstruiert und simuliert wird, könne auf die vermeintliche Kraft des ärztlichen Wortes verzichten. Die Sachlichkeit der Medizintechnokraten und die Unsachlichkeit der Leidenden zögen Angst und Erleben des Kontrollverlustes nach sich, seien zusammen mit Verletzung der Intimität als elementare Grundemotionen zu betrachten, die in den Kern des subjektiven Selbstwertgefühls zielen und bei Kranksein die Integrität des Patienten in Frage stellen. Sie führten zu einer «sublimen Unterwerfung» des Kranken unter den Fachmann. Sachlichkeit und Entemotionalisierung würden von Ärzten und Pflegepersonen bevorzugt, um einen reibungslosen Ablauf des Umgangs mit dem Kranken zu erhalten, könnten aber keine Antwort auf die Betroffenheit des Patienten sein. Kommunikationsnot und Not der Seele («Die Seele brauche keine Chemie, sondern Kommunikation»), therapeutische Ansprüche («Geht die Sprache der Seele jeden Arzt etwas an?») werden als weitere Problemkreise genannt.

#### Braucht die Seele wirklich «Kommunikation»?

Not und das Gewährwerden von Not erfordern eine Haltung der Asymmetrie im Sinne der Unterordnung des Arztes unter den Patienten: Durch seine personale Präsenz und Aufmerksamkeit mit dem notleidenden anderen und auf die Betroffenheit des Patienten, die es dem anderen möglich machen, die ihn bedrückende Wahrheit seiner Not zum Ausdruck zu bringen. Von Unterwerfung des Patienten kann also nicht gesprochen werden.

#### Inszenierung von Gesundheit

Das Thema Gesundheit wird im medieninszenierten Diskurs zu einem Leitthema. Damit wachsen das Laienwissen und die Einsicht in medizinische Leistungen, aber auch in Fehlleistungen, und die Verunsicherung bei Erkrankung nimmt zu. Es kommt aber gleichzeitig zu einer Verschiebung der Schwergewichte: vom Leiden zum Wissen. Nur wenn die Informationsflut nie abbricht, gelingt es, Schmerz, Leiden und Tod erfolgreich draussen zu halten. Erich Fromm sagte es so: «Der moderne Mensch zeigt einen erstaunlichen Mangel gegenüber allem, worauf es wirklich ankommt: auf den Sinn von Leben und Tod, auf Glück und Leiden, auf das Gefühlsleben und ernstes Denken. Das Lebensgefühl des modernen,

multimedial vernetzten Info-Konsumenten verändert sich: das Imaginäre ersetzt das Reale; die Fähigkeit zur Imagination verkümmert im Menschen und damit die Fähigkeit zu Empathie, sei diese auf einen anderen Menschen oder auf sich selber gerichtet; innere Anschauung wird durch ein Bombardement äusserer Bilder ersetzt.»

Man könnte auch das Bild eines Cyberarztes und eines digitalisierten Patienten entwerfen: Medizinisches Handeln im virtuellen Raum verhilft zunächst zur besseren Rekonstruktion der Komplexität und Dynamik pathophysiologischer Prozesse; verborgene Korrelationen und Abhängigkeiten können sichtbar gemacht und in Diagnostik und Therapie eingeführt werden, Raum- und Zeitgrenzen werden in noch vor kurzem ungeahntem Masse überwindbar.

Gleichzeitig entfernt sich diese Medizin ebenso sprunghaft von der immer wichtiger werdenden ganzheitlichen Betrachtungsweise des Heilprozesses. In einem virtuellen Arzt-Patienten-Verhältnis verschwimmen die Unterschiede zwischen Modell und Wirklichkeit: Der Patient wird zum computergenerierten Modell seiner selbst. Die Realität subjektiv empfundenen Leidens geht verloren.

#### Emotionale Intelligenz und Information

Emotionale Intelligenz wird als etwas Lern- und bewusst Anwendbares dargestellt: In Verbindung mit Kommunikation hiesse das: Input – Output – Feedback. Zu emotionaler Intelligenz gehört offene Kommunikation. Die Devise lautet: das Richtige den Richtigen zur richtigen Zeit auf den richtigen Kanälen und auf die richtige Weise sagen. Dadurch müsste doch wohl Abhilfe gegen ein computerisiertes Modell eines Kranken geschaffen werden können?

---

#### Was aber ist Beziehungsmedizin, wie Balint sie verstand?

Zunächst geht es darum, den Patienten – den Menschen uns gegenüber – in der gelebten Welt zu sehen, die teilweise von gemeinsam Bekanntem, von wissenschaftlichen Erkenntnissen und teilweise von individuellen Bedeutungsinhalten erfüllt ist.

Zum zweiten hat dieser Mensch einen Körper, dessen gelebte und erlebte Körperlichkeit unserer Daseinsweise zugrundeliegt. Teilhabe an der Welt jedoch ist einzig und allein durch Teilnahme des Körpers daran möglich. Daraus lässt sich schliessen, dass jede Begegnung mit einem anderen Menschen eigentlich auch Begegnung zweier Körperlichkeiten bedeutet. Jede Begegnung geschieht allerdings parallel dazu auf der vorbestehenden Ebene des Wortes. Die Teilhabe von Körper und Sprache an einer gemeinsamen Welt macht uns deutlich, wie mächtig die metaphorische Bedeutung der je eigenen Körperlichkeit sein kann. Bezogen auf die Begegnung zwischen Arzt und Patient heisst das, dass der Arzt sich nie einzig und allein auf die Organe des Patienten beziehen wird, den Patienten also nie vollständig objektiviert, noch kann er sich – bei allem sachlichen Interesse –

selber vollständig objektivieren. Indem der Arzt seinen Patienten auffordert zu erzählen, veranlasst er ihn dazu, seine Körperlichkeit symbolhaft in die Beziehung einzubringen.

#### Von der Bedeutung des Narrativen

Ist nun mein Körper krank, erlebe ich ihn als störend, meinen Bezug zur Welt behindernd. Mir wird die Dualität meines körperlichen Seins bewusst: ich habe einen Körper und bin zugleich Leib. Der Körper ist behandelbar, wodurch ich zumindest bei einer akuten, vorübergehenden Erkrankung mich dieser zwar unterstellen muss; sie wird aber mein Dasein nicht global zu beeinträchtigen vermögen, meine Autonomie wird lediglich zeitlich eingeschränkt, ich vermag den Glauben an meine Kräfte aufrecht zu erhalten. Sollte mich allerdings eine chronische Krankheit treffen, werden Selbstbestimmung und Bewegungsfreiheit viel gravierender in Frage gestellt. Sollte es sich um eine Krebserkrankung handeln, wäre ich konfrontiert mit einem «Fremdkörper» in mir, was Angst, vielleicht auch Scham und Abscheu auslösen würde. Meine Aufmerksamkeit wäre auf Schmerzen zentriert, statt sich anderen Menschen zuwenden zu können, meine verbalen Mitteilungsmöglichkeiten könnten gar durch Bedürfnisse auf körperlicher Ebene geschmälert sein und zugleich würde die Befriedigung dieser körperlichen Bedürfnisse dazu beitragen, dass ich mich trotz meines kranken Körpers noch nicht verlassen, noch geliebt fühlen könnte.

Präverbale Beziehungsmuster müssten also den Bezug zur Welt markieren. Nur so kann unter Umständen auch die Kontinuität der Existenz eines Menschen in der Zeit aufrecht erhalten werden. Im Kontakt zum Arzt heisst dies in der Situation des Leidenden: was der Körper «erzählt» ist mindestens so wichtig wie das, was die Worte sagen können.

Damit ist auch klar und deutlich gesagt, welche wichtige Rolle der körperlichen Untersuchung anlässlich der Begegnung zwischen Arzt und Patient zukommt, und wie bedeutungsvoll zugleich das eigene körperliche und emotionale Wahrnehmen dieses Geschehens für den Arzt für das Gestalten seiner Beziehung zu diesem speziellen Menschen wird: Es geht ja oft nicht vorwiegend darum, die richtige Diagnose – validiert nach den Kriterien des mir geläufigen Klassifikationsmodells – zu stellen, sondern den mir gegenüberstehenden oder vor mir liegenden Menschen zu erfassen, ihm zu begegnen. Und wo psychische Störungen vorliegen, wird es darum gehen, diesem leidenden Menschen nicht nur das Vertrauen in seine lädierte Körperlichkeit wiederzugeben, sondern sein Vertrauen in seine eigenen Fähigkeiten, in der Welt bestehen zu können, zum Erstarke zu bringen. Gerade in diesem Zusammenhang gewinnt wiederum das Erzählen an Gewicht, erlaubt es doch dem Betroffenen, sein auseinandergebrochenes oder zumindest wacklig gewordenes Weltbild wieder zu einem Ganzen und Festen oder wenigstens Gefestigteren zusammenzufügen.

Vielleicht ist aus dem bisher Gesagten auch bereits erkennbar geworden, welche Bedeutung dem Gegenwärtigsein im hic et nunc zukommt. Allein diese Geistesgegenwart eröffnet den Weg zum gleichzeitigen Erfassen des Gegenübers auf der Leib- und der Körper- sowie auf der verbal mitteilbaren Ebene, so dass sich die Einzigartigkeit des Moments und ein «Erkennen» weitgehend ohne grosses spezialisiertes psychiatrisch-psychoanalytisches Wissen ereignen können.

Individualität und Subjektivität sind damit Bestandteil der Begegnung von Arzt und Patient. Subjektivität ist nicht etwas, was wir fürchten müssten, sobald wir eigenen sicheren Umgang erworben haben.

#### Ergänzungen eines Ethikers

Es ist nun höchst spannend, bei einem Ethiker nachzulesen, was er über «die Bedeutung des Narrativen in der Medizinethik» schreibt: Aufgrund der Differenz zwischen der Person und ihrer leib-seelischen Natur muss im Blick auf das ärztliche Handeln zwischen zwei Arten von Regeln unterschieden werden. Solchen, die die leib-seelische Natur des Patienten betreffen, d.h. den Regeln der ärztlichen Kunst, und solchen, die die Person des Patienten betreffen, d.h. den ärztlichen Standesregeln und entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen. Ärztliche Kunstregeln begründen ärztliches Handeln (der Patient wird «ein Fall von etwas»). Wo es aber um die Person eines Patienten geht, sollen wir deren Würde als unverwechselbares Individuum in Betracht ziehen (die Person wird gerade nicht zu «einem Fall von etwas»), was so zu verstehen ist, dass ärztliches Handeln hier nicht in den entsprechenden Regeln begründet ist, sondern dass es jederzeit vor ihnen muss gerechtfertigt werden können. Damit eröffnet sich dem ärztlichen Handeln der notwendige Freiraum, den es braucht, um sich an der unter keine Regeln zu subsummierenden individuellen Person des Patienten orientieren zu können.

Im Unterschied zum Wort «Person» bezeichnet das Wort «Mensch» eine Klasse von Wesen mit bestimmten genetischen Eigenschaften. Die dem Menschen zukommende Würde ist nicht in seinen menschlichen Eigenschaften begründet, sondern in seinem Person-Sein. Was nun der Arzt am Kranken tut, tut er nicht in Anwendung einer Regel oder eines Prinzips, sondern um dessen Person willen, wie sie sich ihm in der Verständigung mit ihm präsentiert und zeigt. Während der Organismus äusserer Beobachtung zugänglich ist, enthüllt sich die Individualität des Patienten einzig und allein in der Verständigung mit ihr selbst – und der Arzt ist nicht reiner Beobachter, sondern Beteiligter, beteiligt an der Erzählung des Kranken.

Und eine Erzählung ist kein Bericht. (J. Fischer, Zürich. Vortrag vor der ZEK der SAMW)

---

### Zum Schluss

«Gesundheit bedeutet, in der Mitte der Welt und in der Verbundenheit mit allem Geschaffenen zu leben, und der Weg dorthin ist in der Vision des Traumes (sc. des Schamanen ) zu erkennen; Krankheit hingegen bedeutet, dass jemand seinem Traum nicht nachkommt und vom Mittelpunkt der Welt getrennt ist; ihm stürzt die gesamte Welt aus ihrer Ordnung.» Das Heimweh nach dem verlorenen Paradies darf nach Drewermann mit dem Sehnen nach Gesundwerden gleichgesetzt werden.

Diese Schau der Dinge hat für mich sehr viel mit dem zu tun, was sich – idealerweise – in einer Begegnung zwischen Patient und Arzt ereignen kann. Es sei einmal mehr gesagt: mit der blutleeren und rückgratlosen Einordnung von erfassten Symptomen in ein Klassifikationssystem hat das alles herzlich wenig zu tun. Hingegen sind Aspekte wie Lebensqualität, Individualisierung, Menschlichkeit angesprochen und diese kamen auch in der Erzählung des Landarztes vom Anfang zum Ausdruck.

Hätten wir uns also doch nicht so weit vom idealen Hausarztbild entfernt und dürften behaupten, dem Leitbild des Allgemeinarztes, wie es im Weiterbildungsprogramm festgeschrieben ist, recht nahezu kommen?

Der Ethiker Fischer fragte sich übrigens gegen Ende seiner Betrachtungen, ob man nicht darüber nachdenken müsste, welchen Stellenwert die Narrativität bei der Ausbildung von Medizinern faktisch habe oder haben sollte, weil die Sensibilisierung für schwierige ärztliche Entscheidungssituationen nur auf diesem Wege erreichbar sei.

---

### Literatur

- 1 Hermann A. Als er noch in der Chaise fuhr. Basel: Gute Schriften;1962.
- 2 Gottschlich M. Sprachloses Leid. Wege zu einer kommunikativen Medizin. Wien: Springer-Verlag; 1998.
- 3 Drewermann E. Tiefenpsychologie und Exegese. Olten: Walter-Verlag; 1985.