

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient:

## Von zentraler Bedeutung, aber nicht im luftleeren Raum

Paul Hoff

Seit es Medizin gibt, ist die Beziehung zwischen der Person, die Hilfe sucht, und derjenigen, die Fachwissen hat und Hilfe anbietet, ein zentrales Thema. So zentral, dass mitunter der Eindruck entsteht, es sei selbstverständlich und selbsterklärend, sei ausserhalb des medizinischen Tagesgeschäftes situiert, gleichsam in einem abstrakt-luftleeren Raum. Doch eine solche Sichtweise greift wesentlich zu kurz: Die Arzt-Patienten-Beziehung realisiert sich – wie alle anderen Lebensvollzüge auch – jeweils in einer konkreten Situation und in Abhängigkeit von den beteiligten Personen. Sie beinhaltet keineswegs nur technisch-prozedurale Aspekte, etwa die Frage, wie eine optimale «Übersetzungsleistung» zu erreichen sei zwischen der von subjektivem Erleben geprägten Schilderung des Patienten und der auf wissenschaftlichen Fakten und Regeln fussenden Sprache des Arztes. Vielmehr berührt dieses Thema notwendigerweise Grundsatzfragen wie das ärztliche Selbstverständnis und die daraus abgeleitete Rollenverteilung im Untersuchungs- und Behandlungsprozess, aber auch so theoretisch anmutende Aspekte wie den Krankheits- und Gesundheitsbegriff sowie den Stellenwert der Diagnostik.

Nun trifft man auf diese Fragen in der gesamten Medizin [1, 2, 3, 4]. Besonders prägnant, ja hartnäckig treten sie allerdings im Fach Psychiatrie und Psychotherapie hervor, sind hier doch gleichsam

von Haus aus die Persönlichkeit des Patienten, seine Beziehungsgestaltung und die Einbettung allfälliger psychischer Störungen in die Lebensgeschichte unverzichtbare Gegenstände jeder sorgfältigen Diagnostik und nachhaltigen Behandlung [5, 6, 7, 8]. Daher kommt im Folgenden die psychiatrische Perspektive stärker zur Geltung, wobei sie nur als Pars pro Toto für ärztliches Handeln generell dient.

### Die Arzt-Patienten-Beziehung «auf Augenhöhe»

Das Wissensgefälle, das zwischen Patient und Behandler in aller Regel besteht, kann (auch im Zeitalter der Internet-Informationen) nicht sinnvoll bestritten werden und stellt selten ein Problem dar. Es gibt aber heute einen vergleichsweise breiten Konsens dahingehend, dass ein solches Wissensgefälle kein hierarchisches Gefälle sein darf: Der Behandler weiss nicht a priori, was für den Patienten besser ist, hat nicht a priori die Richtlinienkompetenz für das weitere Verhalten, ja Leben des Patienten. Vielmehr fusst seine Autorität auf der fachlichen Kompetenz, die zum einen aus Wissen besteht, zum anderen aus der Fähigkeit, dieses Wissen in individualisierter Form dem jeweiligen Patienten näherzubringen und ihn zu überzeugen. Für diesen anspruchsvollen Vorgang braucht es zwingend eine tragfähige Beziehung.

Eine solche Beziehung aufzubauen und – bei chronischen Erkrankungen allenfalls über lange Zeiträume – aufrechtzuerhalten, kann eine grosse Herausforderung sein. Ein zentrales Element ist dabei stets der Versuch, die Balance zu halten zwischen Nähe und Distanz, die beide notwendig sind. Speziell in psychiatrischem Kontext werden oft sehr persönliche Themen en détail besprochen, Inhalte also, die Menschen, wenn überhaupt, üblicherweise nur mit Personen ihres engsten Lebensumfeldes anzuschauen bereit sind. Ein gutes Beispiel ist die biographische Anamnese, ein Kernbestandteil psychiatrisch-psychotherapeutischen Handelns. Die Bearbeitung der Lebensgeschichte ist ein für beide Seiten herausfordernder Prozess, konfrontiert sie den Patienten doch mit eigenen komplexen Entwicklungen einschliesslich kritischer Lebensereignisse und negativ getönter Erlebnisse wie Ängste, Kränkungen und Zweifel. Ohne ein hinreichendes Mass an persönlicher Nähe und wechselseitigem Vertrauen in der Arzt-Patienten-Beziehung kann ein solcher Dialog nicht gelingen. Nicht zuletzt aus

Korrespondenz:  
Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff  
Psychiatrische Universitätsklinik  
Zürich  
Klinik für Psychiatrie,  
Psychotherapie und  
Psychosomatik  
Lenggstrasse 31  
Postfach 1931  
CH-8032 Zürich

paul.hoff[at]puk.zh.ch

### Section of Psychiatry.

President—Dr. C. HUBERT BOND, C.B.E.

#### The Use and Abuse of the Relationship between Doctor and Patient in the Practice of Psychotherapy.

By MARY C. BELL, M.B.

ANY understanding I may have upon this subject is mainly the outcome of observations made in my own hypnotic and analytical practice, of my own reactions to my analysts, and of my knowledge of the writings of psychoanalysts, but that does not mean that the subject is only of value from the psycho-analytical point of view. The relationship between doctor and patient is of primary importance in any psychotherapeutic practice, whether that of hypnotism, persuasion, re-education, or analysis.

The personality of the doctor as an asset in the building up of a successful practice is recognized in the term "a good bedside manner," and the man who

Eine frühe Studie zur Arzt-Patienten-Beziehung in der Psychotherapie aus dem Jahr 1923 [9].



Die Arzt-Patienten-Beziehung ist ein bodenständiges und sehr konkretes Element des Arztberufes.

diesem Grund findet sich die Verschwiegenheitspflicht seit jeher ganz oben in der Wertehierarchie des ärztlichen Berufes.

#### Mögliche Risiken

Warum aber ist dieses so zentrale Element der Arzt-Patienten-Beziehung zugleich ein empfindlicher, ja heikler Bereich? Um die Frage zu beantworten, betrachtet man am besten die beiden Extrempunkte dieser Beziehungsgestaltung, nämlich die forcierte Distanz und die unkritische Nähe.

Versucht der Behandler, sich möglichst aus der Beziehung herauszunehmen, sieht er sich als objektives Messinstrument oder als Katalysator, der einen

bleme: Zwar wird der Patient die Bemühung des Behandlers, sich auf seine Schilderungen einzulassen, sie nachzuempfinden, eine persönliche Note und Nähe zuzulassen, zweifellos schätzen. Wird aber diese Nähe zum entscheidenden oder gar einzigen tragenden Element der Behandlung, so nützt dies wenig. Es mag tröstlich sein und Hoffnung vermitteln, wenn der Patient sich akzeptiert, verstanden, vielleicht sogar bemitleidet fühlt – Therapie ist allein dies hingegen noch nicht. Anders formuliert: Wirksame Behandlung und unkritische Empathie sind nicht miteinander vereinbar.

Aber wie ist dieses Dilemma zu lösen? In Anlehnung an die ursprüngliche Bezeichnung unseres

### Die Kunst besteht darin, je nach Gesprächssituation zwischen empathischer Nähe und hinter diese Ebene zurücktretendem kritischen Blick wechseln zu können.

Veränderungsprozess erst ermöglicht, selbst daran aber völlig unbeteiligt ist, so wird dies – vor allem wiederum in psychotherapeutischem Kontext – auf den Patienten irritierend, ja sogar beängstigend wirken. Der Patient erwartet eine persönlich geprägte Beziehung zum Untersucher und möchte nicht nur vorformulierte Fragen beantworten oder Datenmaterial für diagnostische Skalen liefern. Doch auch das Gegenteil, die unkritische Nähe, schafft Pro-

Berufes als ars medica ist festzuhalten, dass die Kunst des Behandlers darin besteht, je nach Gesprächssituation zwischen empathischer Nähe und einem hinter diese Ebene zurücktretenden kritischen Blick hin und her wechseln zu können. Ein solcher Prozess wird in der Lage sein, begründete individualisierte Therapieschritte zu generieren. Im Idealfall leistet der Behandler diesen ständigen Perspektivenwechsel, ohne dass dem Patienten dies als Anwen-

derung einer Technik imponiert, also gleichsam implizit. Pointiert gesagt: Eine tragfähige therapeutische Beziehung etabliert sich jenseits unkritischer Verbrüderung und technokratischer Distanziertheit – ein hoher Anspruch.

und eben kein abstraktes Gebilde im luftleeren Raum. Daher ist es kontraproduktiv, die Arzt-Patienten-Beziehung zu idealisieren und als selbsterklärend oder gar sakrosankt zu betrachten. Sie muss in gleicher Weise Gegenstand kritischen Nachfragens aus

## Es ist kontraproduktiv, die Arzt-Patienten-Beziehung zu idealisieren und als selbsterklärend oder gar sakrosankt zu betrachten.

Es wäre ein Irrtum zu denken, dass die risikobehafteten Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung nur in seltenen Ausnahmefällen zur Geltung kämen oder gar nur bei bestimmten psychiatrischen Störungen. Das sensible und auf den jeweiligen Patienten abgestimmte Austarieren zwischen Nähe und Distanz gehört vielmehr zu jeder ärztlichen Begegnung. Ein Beispiel: Viele Ärzte machen die Erfahrung, von Patienten nach ihrer persönlichen Auffassung zu einem bestimmten Problem gefragt zu werden, nach ihrer eigenen Lebensführung oder nach individuellen Vorlieben – ein Vorgang, der, isoliert betrachtet, keineswegs die Qualität der therapeutischen Beziehung in Frage stellt oder gar in die Nähe eines Missbrauchs dieser Beziehung zu rücken ist. Gleichwohl braucht es Fingerspitzengefühl, um vonseiten des Arztes etwa auf die Frage «Wie gehen denn Sie in Ihrer Partnerbeziehung mit diesem Problem um?» angemessen zu reagieren. Angemessen bedeutet hier, weder dem Patienten den Eindruck zu vermitteln, er werde schroff abgewiesen oder nicht ernst genommen, noch ihn in eine scheinbare und daher unehrliche Verbrüderung hineinzuziehen. Vor allem im zweiten Fall könnte nämlich die Grenze zum eigentlichen Missbrauch sehr wohl und recht bald überschritten werden: Denn beantwortet der Behandler aufgrund einer falsch verstandenen Vorstellung von Nähe eine solche Frage mit detaillierten Schilderungen seiner persönlichen Lebenssituation, so wird dies zu einer Rollendiffusion führen, die die Wirksamkeit der Behandlung unterminiert und damit dem Patienten schadet. Noch eklatanter missbräuchlich ist die Situation, wenn es im Rahmen einer Therapie zu einer engen privaten Bindung und zu einer sexuellen Beziehung kommt.

### Fazit

Die Beziehung zum Patienten ist von derart zentraler Bedeutung für jedes ärztliche Handeln, dass wir alle Anstrengungen unternehmen sollten, sie als Konzept wie als praktisches Verhalten kontinuierlich zu evaluieren und zu entwickeln. Sie ist ein bodenständiges und sehr konkretes Element unseres Berufes

wissenschaftlicher wie praxisbezogener Perspektive sein, wie es für alle anderen Formen ärztlichen Handelns gilt. Zugleich muss sichergestellt werden, dass das von drastischen Fällen immer wieder in das Bewusstsein der Fachwelt und der Öffentlichkeit gehobene Risiko des Missbrauchs, so bedeutsam es auch ist, nicht die gesamte Debatte überlagert oder gar nachhaltig diskreditiert. Was wir brauchen, ist eine kritische, transparente und praxisnahe Auseinandersetzung mit der Arzt-Patienten-Beziehung. Dies muss ein kontinuierlicher Prozess sein und bleiben, der sich fernhält von naiver Idealisierung und generalisierendem Misstrauen. Die Patienten erwarten das von uns – zu Recht.

### Literatur

- 1 Begenau J, Schubert C, Vogd W (Hrsg). Die Arzt-Patient-Beziehung. Stuttgart: Kohlhammer; 2010.
- 2 Deter H C (Hrsg) (2010) Die Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- 3 Eveleigh R M, Muskens E, van Ravesteijn H, van Dijk I, van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. J Clin Epidemiol. 2012. 65:10–5.
- 4 Hurrelmann K, Leppin A (Hrsg) (2001) Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern: Huber; 2001.
- 5 Boothe B. Das Narrativ. Biografisches Erzählen im psychotherapeutischen Prozess. Stuttgart: Schattauer; 2011.
- 6 Hoff P. Psychiatrie: Ein Blick von innen. Geschichte, Theorien, Fälle. Oberhofen am Thunersee: Zytglogge; 2011.
- 7 Michel K, Jobs DA (Hrsg.). Building a Therapeutic Alliance With the Suicidal Patient. Washington DC: American Psychological Association; 2011.
- 8 Scharfetter C. Was weiss der Psychiater vom Menschen? Bern: Huber; 2010.
- 9 Bell MC. The Use and Abuse of the Relationship between Doctor and Patient in the Practice of Psychotherapy. Proc R Soc Med. 1923.16 (Sect Psych): 12–20.