

Der Hausarzt: Disease- oder Ressourcenmanager?

Zur salutogenetischen Orientierung hausärztlicher Tätigkeit

Von Theodor Dierk Petzold

Zusammenfassung

Ist das Problem der chronischen Erkrankungen zu lösen, indem wir die Krankheiten managen? Genesen mehr und erkranken weniger Menschen an Diabetes durch Disease-Management-Programme?

„...dass wir zunehmend eine Gesellschaft der chronisch Kranken werden ... Die Medizin hält immer noch viel zu sehr am alten Fortschrittstraum fest, ... dass sie noch zu sehr die Methoden der Akutmedizin auf die chronisch Kranken anwendet und damit deren andersartige, eigene Seinsweise verfehlt.

Dieser skandalöse Entwicklungsrückstand betrifft gleichermaßen die Medizin als Wissenschaft, die Ausbildung sowie die Versorgungspraxis...“ Klaus Dörner in *Das Gesundheitsdilemma* S. 78

Wir können neue Ressourcen für gesunde Entwicklung erschließen, die sowohl in der Selbstregulationsfähigkeit der Menschen selbst liegen als auch sozial und kulturell verfügbar sind. Dabei kann das ärztliche Gespräch eine Schlüsselrolle einnehmen.

ÄrztInnen könnten sich im gesundheitsförderlichen Ressourcenmanagement weiterbilden und so mit höherer Kompetenz chronisch erkrankten sowie risikobeladenen Menschen eine gesunde Entwicklung ermöglichen.

Einleitung

„Eigentlich ist der Hausarzt ein Ressourcenmanager!“ bilanzierte ein Patientenvertreter auf dem Abschlussworkshop eines Forschungsmodellprojekts zweier Qualitätszirkel für gesundheitsfördernde Praxen – durchgeführt von den Unis Göttingen und Witten-Herdecke¹. Es ging in diesem mehr als zweijährigen Forschungsprojekt um die gesundheitsförderlichen Möglichkeiten der Arzt-Patient-Kommunikation mitsamt all ihren Kontextbedingungen. Dabei war mit ‚Ressource‘ zunächst nicht das gedeckelte Budget gemeint, sondern alles, was zur Gesundung eines Patienten beitragen kann.

Pathogenetische und salutogenetische Orientierung

Wenn wir nach Ressourcen für *gesunde Entwicklung* suchen, lässt unsere innere Suchmaschine zunächst einmal an Ruhe und Entspannung denken, an Spazierengehen und lustvolle Bewegung, an Vitamine und gesunde Ernährung, an liebevoll umsorgt werden und unterstützende soziale Beziehungen; an gute Arbeitsplatzbedingungen und sinnvolle Tätigkeiten, an mehr Wissen und Verständnis von Zusammenhängen ... und dann vielleicht irgendwann an Medikamente, die bei Krankheiten helfen sollen.

Mit folgendem Beispiel aus der Praxis mag deutlich werden, wie wir salutogene Ressourcen finden können, wenn wir unsere Blickrichtung von der Frage der Pathogenese zur Frage der Salutogenese wenden.

Ein Umdenken in der Arzt-Patient-Kommunikation

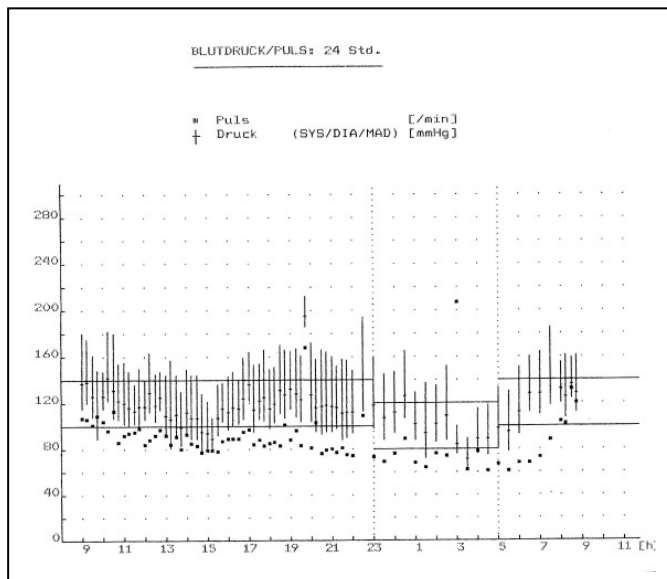
Herr S. ist 58 Jahre alt und Lehrer am Fachgymnasium und einer Fachschule. Er kam wegen einer urologischen Infektion in meine Sprechstunde, die nach fachärztlicher Konsultation an-

¹ Das Forschungsprojekt wurde geleitet von Dr. Ottomar Bahrs (Göttingen) und Prof. Dr. med. Matthiessen (Witten-Herdecke) und vom AOK-Bundesvorstand in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer finanziert.

tibiotisch behandelt wurde. Bei der Erstanamnese erwähnte Herr S. einen Bluthochdruck, für den er von einem früheren Hausarzt einen beta-Blocker bekommen aber nur sehr selten genommen habe. Der obere Blutdruckwert sei beim Selbermessen manchmal bei Werten um 155 mm Hg. Da die letzte Abklärung über ein Jahr her war, führte ich die normale Bluthochdruckdiagnostik durch.

Herr S. hatte auch berichtet, dass in seiner Herkunftsfamilie alle an Bluthochdruck und einer Fettstoffwechselstörung litten, und dass er als Lehrer großen Stress habe – oft 50-60 Stunden/Woche arbeiten müsse und besonders zu Zeiten des Abiturs kein freies Wochenende habe.

Als die schulmedizinische Diagnose und medikamentöse Therapieindikation hinreichend abgeklärt war, hätte Herr S. mit dem Rezept eines Ca-Antagonisten nach Hause gehen können.



Doch da gab es eine kleine Pause in unserer Kommunikation – eine Pause, die mich zur Besinnung kommen ließ und signalisierte: Herr S. ist noch nicht ganz klar für die Zukunft. Ich hatte viel Mitgefühl für seine Stresssituation in der Schule ausgedrückt und ihm auch einen Zusammenhang zwischen Stress und Bluthochdruck erklärt (so war im Langzeit-RR deutlich zu sehen, dass nach 16.00 Uhr, wenn er sich an den Schreibtisch setzt, um Arbeiten zu korrigieren oder Unterrichtsstunden vorzubereiten, der Blutdruck deutlich anstieg). Die Pathogenese hatte einen verstehbaren konkreten Kontextbezug. Die Routine und auch die psychosomatische

Abklärung waren gut erfüllt - was konnte ich weiteres für Herrn S. tun?

Ich erinnerte mich daran, dass ein Patient in seiner Tiefe nach Gesundheit strebt, und ich mir vorgenommen hatte, auf dieses Gesundheitsbedürfnis ganz bewusst einzugehen und damit das Gespräch salutogenetisch auszurichten.

Bei der Betrachtung der Grafik des Langzeit-RRs fiel mir nun auf, dass die Blutdruckwerte von 14.30 – 16.00 Uhr gut in den Normbereich abfielen. Was war in dieser Zeit besonderes?

Ich fragte ihn nach positiven Erfahrungen, ob er irgendwann am Tage etwas tue, was ihm gut tut? Ob er Entspannungsübungen mache oder auf andere Weise gut entspannen könne? Und was er in der Mittagszeit mache?

Er berichtete, dass er mittags recht regelmäßig ein ausgedehntes Nickerchen zusammen mit seiner Frau im Liegesessel halte. Dabei ‚sacke er oft tief weg‘ - und der Blutdruck offenbar auch.

Das war ein Beweis für seine Fähigkeit, den Blutdruck in dieser Zeit gesund selbst zu regulieren! Die Mittagsruhe mit seiner Frau war eine wunderbare Ressource für die Therapie der Hypertonie. In therapeutischen Gesprächen können wir ausgehend von dieser positiven Erfahrung neue Umgangsmöglichkeiten mit dem Schulstress finden.

Der ‚pathogenetische Kurzschluss‘ führt zur Vernichtung von Ressourcen

Oft kommen PatientInnen zu mir und berichten, dass sie von einem Arzt Medikamente verschrieben bekommen haben oder eine Operation angeraten wurde, obwohl sie sich selbst dagegen entschieden hätten und gern etwas anderes für ihre Genesung tun würden. Sie sind dann – oft trotz Angst machender Drohungen des Arztes – gesund geworden. Natürlich gibt es noch viel mehr Menschen, die ihrem Arzt gar nichts sagen, sondern einfach die Medikamente nicht nehmen oder zu einem Heilpraktiker gehen und den noch um Rat fragen. Ein Patient berichtete mir einmal, dass er jedes Mal, wenn ein Arzt ihm stärkere Medikamente verschreibt oder ihn ins Krankenhaus einweisen will, einen Heilpraktiker aufsucht und diesen fragt, ob er die Anweisung des Arztes befolgen soll. Leider musste ich in den meisten Fällen dem Rat des Heilpraktikers Recht geben –aus der rückblickenden Perspektive (wenn alles gut gegangen war).

PatientInnen suchen Genesung
– ihr Arzt die Ressourcen dazu:
er ist ein Ressourcensucher und
–finder.

Ich kenne keine quantitativ relevanten Untersuchungen, die Selbstheilungsprozesse beschreiben und sowohl die patienteneigenen Ressourcen differenziert berücksichtigen als auch die anregenden therapeutischen Interventionen. Die großen ‚Prospektiven Heidelberger Interventionsstudien‘ von Grossarth-Maticek kommen diesen Ansprüchen am nächsten und zeigen uns das riesige Gesundheitspotential, das in den Menschen anzuregen ist.

Eine gesunde Selbstregulation ist die Fähigkeit, durch Eigenaktivität Wohlbefinden, Sicherheit, Lustgewinn und Sinnerfüllung herzustellen. Ronald Grossarth-Maticek

Die schulmedizinische Forschung hingegen versucht in der Regel – soweit es um evidenzbasierte Medizin geht – alle positiven patienteneigenen Ressourcen zur Heilung zu eliminieren, um die Wirkung eines Medikamentes zu untersuchen. Für die statistischen Forschungen wird die Krankheit soweit wie möglich von dem Patienten getrennt. Genauso wie die Forschung ausgerichtet ist, soll dann auch im Rahmen der EBM und den Leitlinien die Krankheit losgelöst vom Patienten nach statistischen Kriterien behandelt werden (‚pathogenetischer Kurzschluss‘). Die Ärzte können dann gar nicht mehr die Erfahrung machen, ob und wann ein Mensch im Einzelfall genug eigene Ressourcen zur Heilung hat und wann er vielleicht auch ‚Antimittel‘ brauchen kann. Die ‚Einzelfälle‘ – z.B. bei der Heilung von einer Streptokokkenangina – machen aber insgesamt sicher mehr als 50% aller Fälle aus. Bei chronischen Erkrankungen wie z.B. Bluthochdruck braucht es sicher mehr therapeutische Intervention, aber diese könnte dafür eine jahrzehntelange Medikamenteneinnahme ersparen. So brauchen wir heute eine Forschung, die differenziert, welche Menschen mit welchen Ressourcen bei welchen Symptomen welche Interventionen brauchen.

Das Befolgen der Leitlinien führt zu dem, was ich ‚pathogenetischen Kurzschluss‘ nenne: Es ist der kurze Weg von einer Krankheitsdiagnose zum Rezept – ohne den Patienten samt seiner salutogenen Ressourcen zu beachten. Durch diese systemisch bedingte ‚Kurzschlussbehandlung‘ werden die Ressourcen der PatientInnen nicht nur missachtet, sondern oft sogar noch durch nebenwirkungsreiche Medikamente geschädigt oder sogar vernichtet.

„Schatzsuche statt Fehlerfahndung“
Eckhard Schiffer

Dazu noch ein einfaches Beispiel: Herr B., 74 Jahre alt, kommt zu mir wegen Nacken- und Schulterschmerzen seit einem halben Jahr besonders nachts und morgens. Er hat von einem Orthopäden, der röntgenologisch degenerative Wirbelsäulenveränderungen diagnostiziert hat, schon Krankengymnastik und Diclofenac verordnet bekommen. Jetzt hatte er schon Magenschmer-

zen vom Diclo. Durch gezielte Fragen nach seinem Kopfkissen wurde deutlich, dass er ein dickeres Kopfkissen benutzt, weil er auf der Seite schläft. Nach einer Woche mit dem neuen Kopfkissen hatte er keine Beschwerden mehr.

Inzwischen gibt es in Deutschland über 1500 Leitlinien zur Behandlung von Krankheiten (nicht von Menschen!). Es scheint geradezu, als wollten die verantwortlichen WissenschaftlerInnen, StandesvertreterInnen und PolitikerInnen einen Riesenwust von Behandlungsrichtlinien erlassen, um von den wirklichen Forschungs- und Praxisaufgaben, die allen nachdenkenden MedizinerInnen geläufig sind, abzulenken.

Die Schulmedizin sucht Ressourcen für die Heilung nicht beim Patienten sondern fast ausschließlich in der Pharmazie, Chirurgie und Medizintechnik. Sie sucht Ressourcen zur Bekämpfung von Krankheiten und Symptomen, was nicht automatisch dasselbe ist wie Ressourcen zur Gesundheit. Über diesen Unterschied ist schon viel geschrieben worden, und man denke dabei auch an die vielen Toten durch Nebenwirkungen von Medikamenten usw. Auch bewirkt z.B. das Verlängern des Sterbeprozesses bei schweren Pflegefällen durch Antibiotika, künstliche Ernährung usw. eine starke Zunahme von chronischen Erkrankungen bei den pflegenden Angehörigen.

Wir wollen hier nicht weiter untersuchen, in welchem Ausmaß die Schulmedizin den Menschen auch schadet. Für unseren Zusammenhang hier wollen wir davon ausgehen, dass alle ÄrztInnen die Absicht haben, ihren PatientInnen Mittel zu verschreiben, die ausschließlich der Gesundheit dienen, dass alle ÄrztInnen in der Tiefe ihrer Motivation salutogenetisch orientiert sind – selbst wenn sie kausalistisch pathogenetisch orientiert denken und handeln.

Auch die Schulmedizin schafft Ressourcen für gesunde Entwicklung.

Wir wollen jetzt hier also auch der Schulmedizin unterstellen, dass sie hinter ihrer explizit pathogenetischen Ausrichtung als Basis ihres Forschens und Handelns

eine tiefe salutogenetische Orientierung und Absicht hat. Mit dieser Annahme können wir auch die Pharmaka, die Chirurgie usw. im Großen und Ganzen als wertvolle Ressourcen für Genesung verstehen.

Der Ressourcenpool

Die möglichen Ressourcen für gesunde Entwicklung ordne ich pragmatisch in

1. patienteneigene a.) innere (z.B. Denkvermögen, gesunde Verhaltensweisen) und b) äußere (z.B. psychosoziale Unterstützung, materielle Ressourcen usw.)
2. ärztliche (Untersuchungen und Behandlungsmethoden, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Medikamente u.a.)
3. solche, die der Arzt vermitteln kann (FachärztInnen, PhysiotherapeutInnen, Krankenhausbehandlungen etc.)

Hier in diesem Aufsatz liegt die Hauptaufmerksamkeit auf der ersten Ressourcekategorie und ihrem Zusammenspiel mit der zweiten - erstens weil hier m. E. die effektivste noch nicht erschlossene Ressource zu finden ist, und zweitens weil dies das Thema in dieser ‚Erfahrungsheilkunde‘ ist.

Die Arzt-Patient-Kommunikation zur Anregung patienteneigener Selbstregulation

Die inneren **patienteneigenen** Ressourcen können vom Arzt direkt durch *salutogene Kommunikation*² angeregt werden bzw. die äußeren durch Gespräche über gesundheitsförderliche Möglichkeiten (z.B. über Verhaltensweisen oder soziale Unterstützung).

Das Medikament ‚Arzt‘ hat auf der einen Seite sicher schon eine starke Placebowirkung – mindestens im üblichen Placebowirkbereich von mehr als 30% - schon alleine dadurch, dass die PatientInnen den Arzt zum Spiegeln ihres inneren Gesundheitszustands, ihres inneren Arztes benutzen. Auf der anderen Seite kann der Arzt noch seine gezielte Wirkung in der Anregung der Eigenaktivitäten für die Gesundheit des Patienten entfalten.

Dazu möchte ich zunächst ein Beispiel für Interaktionen geben.

Z.B. Herr A., 42 Jahre alt, Tischler, hat seit über einem halben Jahr immer häufiger ein starkes dumpfes Tönen und Pulsschlagen im linken Ohr. Auf die Frage hin, wann das Geräusch aufgetreten sei, berichtete er, dass es besonders stark wird, wenn er sich ärgert oder mittags,

A. Antonovsky hat den Begriff ‚Salutogenese‘ (von salus=Gesundheit und genese=Entstehung) geprägt und ins Zentrum seines Konzeptes ein ‚Kohärenzempfinden‘ gestellt, welches von drei Komponenten gebildet wird: von Verstehbarkeit, Bedeutsamkeit und Handhabbarkeit.

wenn er noch viele verschiedene Dinge erledigen muss und sich damit im Stress fühlt. Das Geräusch störe ihn mächtig und es müsse verschwinden. Er habe deshalb schon einen HNO-Arzt aufgesucht, der nichts gefunden hätte und ihn deshalb zu mir geschickt habe, um den Kreislauf abzuklären und noch einen Neurologen und Orthopäden zu Rate zu ziehen.

Auf die Frage ‚Was tut dir gut?‘ antwortete er; „Wenn ich mich mittags hinlege und entspanne, verschwinden diese Geräusche wieder nach ca. einer

halben Stunde.“

Nachdem ich sowohl die inneren als auch die äußeren Lebensumstände des Patienten anerkenne und seine emotionale Betroffenheit durch Mitgefühl wertschätze und verschiedenste mögliche Mitfaktoren für die Ohrgeräusche abgefragt habe, bestätige ich ihn in seiner Selbstbeobachtung. Die *Bedeutsamkeit* seiner Empfindungen wird erhöht. Dann erläutere ich den Zusammenhang zwischen seinem Symptom, seinem Empfinden und seinem Verhalten: die *Verstehbarkeit* wird verbessert. Damit unterstütze und ermutige ich ihn auch in seiner *Eigenkompetenz*, regelmäßig die Aktivitäten zu unternehmen, mit denen er schon gute Erfahrungen gemacht hat (wie mit Mittagsruhe, Schwimmen, ärgerliche Situationen möglichst schnell zu klären, u.a.). So erscheint ihm am Schluss des Gesprächs seine Situation *handhabbar*. Er sagte, dass er jetzt Klarheit hätte, keine weiteren Untersuchungen bräuchte und erst einmal probieren wolle, wie er mit Entspannung, Schwimmen gehen, Zeitmanagement und Beziehungsklärung die Beschwerden in den Griff bekommen kann. Bei einer nächsten Konsultation ein Jahr später (wegen eines Infektes) fragte ich ihn nach dem Tinnitus: mit dem hatte er schon eine Woche nach unserem Gespräch kein Problem mehr gehabt.

Möglichkeiten zur Anregung der Eigenaktivität des Patienten

Denkvermögen

² ‚Salutogene Kommunikation‘ SaKom® ist eine Methode der Arzt-Patient-Kommunikation, die auf die Anregung der aktiven Selbstregulation des Patienten abzielt und in Seminaren gelernt werden kann; (Näheres beim Autor und unter www.gesunde-entwicklung.de)

Die **mentalen Fähigkeiten** können z. B. angeregt werden durch Fragen. In unserer Kultur ist die Frage nach der Ursache einer Krankheit eine gängige, man kann schon sagen der Kultur implizite Frage. Ich bin dieser Frage gegenüber inzwischen sehr skeptisch, weil sie erstens (aus therapeutischer Sicht) die PatientInnen oft fixiert auf eine äußere (vergangene und nicht veränderbare) Begebenheit, der die Schuld für die Störung gegeben wird und damit auch die Störung unveränderbar macht. Und zweitens (aus wissenschaftlicher Sicht), weil die modernen Wissenschaften (Physik, Chaosforschung, Systemische Epidemiologie, etc.) gezeigt haben, dass es diese Art von linearem Ursache-Wirkungsprinzip in der veränderlichen Natur nicht gibt.

Leitbilder für die Entwicklung des Denkvermögens sind:
Verstehen - Selbsterkenntnis - Weisheit

An die Stelle dieser Frage stelle ich die Frage nach dem Kontext, dem Zusammenhang der Entstehung der Erkrankung, der sowohl unterschiedliche Faktoren für die Krankheitsentstehung aufzeigt, als auch die subjektive Betroffenheit des Patienten verstehbar macht. Aus dieser Wechseldynamik von Betroffenen mit ihrem Kontext ergeben sich Veränderungsmöglichkeiten für eine gesunde Entwicklung.

Verblüffende Wirkung kann auch eine Futur-II-Frage haben, wie z.B.: ‚Wie, glauben Sie, wird es Ihnen in zwei (oder 10 Jahren) mit diesem Problem gehen?‘ Ähnlich kann eine Frage nach einer aus der Zukunft rückschauenden Beurteilung der Situation zu wertvollen Erkenntnissen führen: ‚Wenn Sie sich vorstellen, in 10 Jahren auf Ihr Leben heute zurück zu blicken – was würden Sie dann denken?‘

Eine andere Frage leitet das Denken in die reflexive, die ‚weise‘ Beobachterposition: die Frage nach der Bedeutung der Erkrankung in ihrem Entstehungskontext. Da heraus kann sich weiter eine Sinnfrage auch für die Genesung stellen. Das Nachdenken über diese Frage kann zu einem seelischen Bewusstsein führen.

Viele PatientInnen haben von sich aus viele Fragen, besonders wenn sie sich krank oder bedroht fühlen. Durch Informationen über Gesundheit bildende sowie pathogene Zusammenhänge kann ihr Wissen und Verständnis erhöht werden, was sich sehr positiv auswirken kann, wie sich bei einigen Gesundheitskampagnen (z.B. Zahngesundheit, AIDS u.a.) gezeigt hat. So holen sich heute schon viele PatientInnen Informationen aus dem Internet, welches somit zu einer potentiellen Gesundheitsressource geworden ist. Potentiell deshalb, weil nicht alle Informationen dort gesundheitsverträglich sind. Auch durch Geschichten, Bilder und Gleichnisse kann das Denkvermögen und Bewusstsein angeregt werden (s.a. moderne Hypnotherapie nach M. Erikson u.a.).

Interessant ist auch, dass unser Denken und Gefühl oft paradox reagieren: es wird oft wacher, wenn ein Mensch Angst bekommt – vorausgesetzt, der Mensch hat noch eine ausreichende Kraft zur Selbstregulation. Wenn diese schon sehr geschwächt ist, kann ein bisschen Angstmache das System zum Kollaps bringen. Ein Unverständnis bei vielen ÄrztInnen für diese Problematik führt oft zu Missverständnissen im Kontakt mit ihren PatientInnen und dazu, dass sich diese nach einem Arztbesuch schlechter fühlen als vorher.

Innere mentale Leitbilder werden auch gebildet durch die herrschenden Normen und Werte der Kultur. Diese werden verbreitet durch die Medien und Familien. Anstelle der herrschenden Leitbilder von Konsum, Konkurrenz und Egoismus könnten als kulturelle Leitbilder z.B. Verständnis und Weisheit, Solidarität und Liebe, Verantwortungsbewusstsein und Autonomie positive Attraktoren für eine gesunde Entwicklung darstellen.

Emotionale Beziehungsfähigkeit

In vielen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass soziale Unterstützung durch die Familie, Nachbarschaft, Gemeinde sowie auch durch eine Selbsthilfe- oder Therapiegruppe sowohl ernste Erkrankungen verhindern als auch die Heilung schwerer Erkrankungen fördern kann.

Leitbilder für unsere Gefühle sind u. a. Kommunikation – Bedeutsamkeit – Liebe.

Dem Zugehörigkeitsgefühl kommt dabei wohl eine besonders heilsame Schlüsselstellung zu, wie in der Suchttherapie bei Jugendlichen deutlich ist, und Grossarth-

Maticsek in noch unveröffentlichten Studien zeigen konnte. Das Zugehörigkeitsgefühl ist ein starkes und tiefes Bedürfnis jedes Menschen. Zugehörigkeitsgefühl ist das subjektive Empfinden von zwischenmenschlichen und auch systemischen Verbindungen.

Die Gefühle kommen beim Patienten in Resonanz durch unser Mitgefühl. Mitgefühl sowohl für sein Leid, für seine subjektive Betroffenheit und auch besonders für seine Wünsche nach Veränderung. Wie in den Beispielen gezeigt, wird seine psycho-soziale Kompetenz besonders durch Wertschätzung seiner emotionalen Integrität gefördert. Um einen solchen emotionalen Kontakt herzustellen ist es sehr hilfreich, als Arzt selbst mit seinen Gefühlen in gutem Kontakt zu sein.

Die Empathie nicht nur für das Leid sondern für den ganzen Menschen kommt in der üblichen Arzt-Patient-Kommunikation oft zu kurz. Das liegt vor allem daran, dass wir ÄrztInnen in unserer Ausbildung viel ‚Sachwissen‘ gelernt haben, sowie unsere Gefühle möglichst abzuspalten, z.B. durch das Präparieren von Leichen, was gewissermaßen als Initiationsritual für den Medizinerberuf fungiert. Außer in Balintgruppen wird kaum der bewusste Einsatz emotionaler Kontaktkompetenz thematisiert. Die Schulmedizin nennt keinen sinnvollen Platz für Emotionalität, sondern nur pathologische Zuordnungen.

Der Körperkontakt – sei es bei einer Untersuchung, Massage oder bei einfühlsamem Handauflegen – stellt auch eine Gefühlsverbindung her. Der Patient kann sich dadurch angenommen, sicher und unterstützt fühlen – oder aber überfahren, grob behandelt und verletzt.

Aktivität, Autonomie und der Wille zu leben

Aktivität ist das Grundkennzeichen des Lebendigen und wird als ‚Wille zu leben‘ interpretiert.

„Alles Lebendige spricht ohne Sprache vom Willen zu leben, von der Entfaltung in der Atmosphäre, von der Entwicklung der Möglichkeiten.“
Wilma Castrian

Jedes Lebewesen hat eine autonome Selbstregulation, die seine Aktivität bestimmt. Diese Autonomie ist eine starke Ressource für gesunde Entwicklung, wenn sie förderlich in ihre Kontextsysteme integriert ist. Wenn die Autonomie sich nicht entfalten kann, wenn ein Mensch nie seine Lebenssituationen selbstbestimmt handhaben konnte,

kommt es leicht zu Distress und den damit verbundenen Erkrankungen³.

Die Autonomie können wir durch Selbstwahrnehmung, Bestätigung und Ermutigung anregen, wie an den oben angeführten Beispielen gezeigt wurde.

Leitbilder für das Handeln sind Handlungsfähigkeit – Selbstbestimmtheit – Wille zu leben und zum Guten.

Die Konzepte von Empowerment und ‚Selbstwirksamkeit‘ in der Gesundheitsförderung bzw. Psychotherapie stärken diese wichtige Ressource

im Menschen.

³ Grossarth-Maticsek, Ronald *Selbstregulation, Autonomie und Gesundheit* de Gruyter 2003

In der Arzt-Patient-Kommunikation ist unter dem Titel ‚Shared Decision Making‘ SDM eine Art der Patientenbeteiligung an der Entscheidung über diagnostische und therapeutische Maßnahmen in die Diskussion gekommen, die genau diese Ressource im Patienten fördert. Damit er eine gute Mitentscheidung treffen kann, muss er vorher umfassend informiert werden (s. ‚Denkvermögen‘). Wir können daran sehen, wie die ärztliche Praxis und auch Forschung in diesem Gebiet (z.B. in der Charité in Berlin und an der Uni Freiburg) schon (allerdings sehr zaghafte) Schritte in die hier aufgezeigte Richtung gehen.

Die Kraft der eigenen Wünsche als Ressource für gesunde Entwicklung

Herr H., 55 Jahre alt, Lehrer am Fachgymnasium kam vor acht Jahren wegen häufiger Infekte, Heuschnupfen, rezidivierender Gastritis und Enteritis, Hypertonie, Hyperlipidämie, Muskelhartspann besonders im Nacken- und Schulterbereich, Eisenmangelanämie bei Hämorrhoidalblutung, Wortfindungs- und Konzentrationsstörungen in meine Sprechstunde.

Seine Wunschlösungen finden

Nach einer gut überstandenen ätiologisch unklaren Densosteomyelitis mit praevertebraler Halsphlegmone vor C2-C4 war er bereit, über Stressregulation nachzudenken. Außer den Fragen zur Selbstwahrnehmung (‚Was tut Ihnen gut / nicht gut?‘ u.a.) und einer Klärung seiner Stressbereitschaft war die Frage nach seiner Wunschlösung sehr wichtig: ‚Wie soll Ihre Woche gestaltet sein, wenn Sie sie ganz nach Ihren Wünschen einrichten dürfen?‘ Seine Wünsche waren klar: acht bis maximal zehn Stunden Arbeit pro Tag für die Schule, zwischendrin eine Ruhepause mit autogenem Training, abends Unternehmungen mit der Frau, der Familie oder Freunden, am Wochenende Tennis spielen, Tanzen gehen oder einen Ausflug machen. Wir haben dann gemeinsam geschaut, wie er sich zumindest ein Teil seiner Wünsche im Alltag erfüllen kann: er durfte bzw. musste jeden Tag eine Mittagspause mit autogenem Training einlegen und sich jede Woche einen Tag wirklich frei nehmen für andere Aktivitäten, die ihm Freude machen.

Inzwischen hat er auch einen Zusammenhang zwischen einer Zunahme von Wortfindungsstörungen und Disstress festgestellt. Die Wortfindungsstörungen konnte er in den letzten 7 Jahren trotz stärkerem äußeren Stress durch eine bessere innere Balance auf gleichem Niveau halten.

Der Blutdruck ist schon seit Jahren im unteren Normbereich; Bauchschmerzen hat er nie wieder bekommen; die Blutfette sind auch weitgehend normal; gelegentlich nimmt er Eisentabletten, womit der Ferritinspiegel um die untere Normgrenze pendelt; wenn er mal wieder Schlafstörungen bekommt und/oder ein HWS-Schulter-Arm-Syndrom, reichen meist drei bis fünf Tage Arbeitsunfähigkeit zur Erholung (und dazu, dass er die angesammelten Klausuren korrigieren kann).

Kohärenz

Die drei Fähigkeiten des Menschen Denken, Fühlen und Handeln spielen idealerweise kohärent zusammen. Dieses Zusammenspiel resoniert mit seinem ‚Kohärenzempfinden‘ (A. Antonovsky), seinem Urvertrauen in den Zusammenhang des Lebens – in Zuversicht und ‚Selbstvergessenheit‘ (H.G. Gadamer).

Leitbilder zur Kohärenz sind: integrierte Persönlichkeit – Ganzheit – All-Einheit.

Das gesunde Zusammenspiel der Daseinsbereiche in der Ganzheit des Patienten fördern wir zunächst durch unser Vertrauen in die Selbstregulation des Menschen und seiner soziokulturellen Systeme.

Durch Fragen nach Emotionen und Wünschen und dem, was ihm gut tut und nicht gut tut, regen wir nicht nur die Selbstwahrnehmung an sondern auch noch die Motivation zum Han-

deln. In Verbindung mit dem Kontext gebracht wird die integrative Funktion des Denkvermögens und damit die Integration der Persönlichkeit gefördert.

Die Selbstwahrnehmung des Patienten, seine Freude und sein Wohlbefinden wertschätzen.

Weiter sprechen wir das Kohärenzgefühl an, indem wir Eigenschaften ansprechen, die von dieser Kohärenz herrühren: Urvertrauen, Freude, Zuversicht,

umfassendes Wohlbefinden u.a.m.

Die Kohärenz wird auch angeregt, wenn wir alle drei Dimensionen, also die Körperwahrnehmung, die Emotion sowie die Gedanken bzw. Bilder zu einem Ereignis abfragen. Durch diese MEP- (mental-emotional-physisch)-Brücken-Technik geht unser Bewusstsein auf eine aktive Beobachterposition, die eben das Zusammenspiel anerkennt und fördert.

Ein spontan-emotionaler Gottesglaube ist im Unterschied zu dogmatisch Schuld zuweisender Frömmigkeit nach Grossarth-Maticeks Forschungen der größte positive Einzelfaktor und der stärkste Synergie bildende Faktor für ein langes gesundes Leben. Gottesglaube fällt zwar nicht in unseren ärztlichen Kompetenzbereich, aber wir dürfen ja einmal danach fragen und sollten Glaube als eine sehr starke salutogene Ressource kennen und würdigen.

Bis hier haben wir vornehmlich die inneren Ressourcen des Patienten besprochen. Mit **äußeren Ressourcen** sind gemeint z.B. die familiäre Unterstützung; materielle Möglichkeiten; Nahrung; Freiheit, den Tag zu gestalten; gesunde Wohnung und Umgebung usw. Grossarth-Maticek konnte in seinen Untersuchungen zeigen, dass Menschen sich ihre äußeren Ressourcen erschließen, wenn ihre Selbstregulation z.B. durch Autonomietraining in eine positive Richtung angeregt ist.

Weitere Ressourcen des Arztes

Wir haben gesehen, wie der Arzt allein durch sein Dasein im Kontakt mit dem Patienten und seinen kommunikativen Interventionen viel Heilsames anregen und erreichen kann.

Der Vollständigkeit halber sei hier noch kurz auf die weiteren Ressourcen des Arztes hingewiesen, die ja jedem präsent und eigen sind und deshalb hier nur am Rande und allgemein Erwähnung finden. Gemeint sind alle Untersuchungen, Diagnosestellung und Behandlungen, die wir in unserer Praxis oder beim Hausbesuch ausüben können. Die Fähigkeiten und Möglichkeiten gehören selbstverständlich voll und ganz in den großen Ressourcenpool des Arztes, den es sinnvoll und effektiv zum Wohle des Patienten und der Gesellschaft zu managen gilt.

Weitere Ressourcen des Gesundheitswesens

Auch die meisten Ressourcen unseres Gesundheitswesens, die wir als HausärztInnen für unsere PatientInnen vermitteln können, wie z.B. FachärztInnen, Krankenhäuser, PhysiotherapeutenInnen, Informationsmaterial seien hier nur erwähnt.

Attraktive Zielressource für gesunde Entwicklung

Auf eine besondere Ressource möchte ich allerdings noch die Aufmerksamkeit lenken, die erst in letzter Zeit beginnt als solche erkannt und wertgeschätzt zu werden, die *Zielressource* (,causa finalis' bei Aristoteles und ,Attraktor' in der Chaostheorie): attraktive Gesundheitsziele und positive Leitbilder, die gesundes Verhalten und Entwicklung fördern. Welches Motiv hat ein Patient zur Genesung, zur gesunden Entwicklung? Was will tun, wenn er gesund ist?

Während die Stressforschung sowie auch grundlegende Theorien zur Psychosomatik noch von einer einseitigen Anpassung des Individuums an die bestehende Gesellschaft ausgehen (was m. E. eine pathogene Zielvorgabe ist), können wir als positives Ziel das ,Zugehörig-

keitsgefühl benennen, welches durch die *Integration* des Menschen in die Gemeinschaft entsteht – in einem wechselseitigen evolutionären Prozess.

Während die Schulmedizin im Großen und Ganzen von einer einseitigen Compliance des Patienten (Befolgung ärztlicher Anordnungen) ausgeht, wollen wir die eigenverantwortliche *Aktivität*, *Entscheidungsfähigkeit* und *Autonomie* des Patienten stärken.

Weite Bereiche der herrschenden Medizin bevorzugen den vertrauensseligen, geduldig folgenden Patienten; wir freuen uns über Patienten, die sich *informieren*, die *Bewusstsein* über die Zusammenhänge ihrer Erkrankung erlangen und Möglichkeiten der Genesung kennen lernen wollen.

Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.

Während die Schulmedizin versucht, den Körper in die einzelnen Organe aufzuteilen, die Gefühle vom Körper zu trennen und das Bewusstsein (wenn sie eine solche Qualität überhaupt als Wirklichkeit anerkennt) bestenfalls als Ausdruck biochemischer und –physikalischer Vorgänge versteht, erkennen wir die *Ganzheit* des Menschen an und wollen die *Kohärenz* all dieser Teilaspekte des menschlichen Daseins fördern.

Wie können wir die heilsamen Ressourcen für Patienten finden?

Auch wenn wir in der Wissenschaft und Ausbildung statistische Wahrheiten erforschen und lernen, so ist doch unsere ärztliche Praxis immer eine individuelle. Wir treffen die Auswahl aus unserem großen Ressourcenpool immer für das Individuum und mit ihm – und mit unserem statistischen Wissen im Hintergrund. Um nun die Auswahl möglichst hilf- und erfolgreich zu treffen, ist es wichtig, dass unsere Aufmerksamkeit ganz beim Patienten ist: dass wir ein Bild von der Dynamik der gesunden Entwicklung unseres Patienten bekommen: Was sucht er? Ruhe? Liebe? Zugehörigkeitsgefühl? Erkenntnis? Zukunftsperspektive? Wohin strebt seine autonome Selbstregulation? Unsere Kunst besteht dann darin, in der Kommunikation mit dem Patienten sein organismisches Suchen mit unserem ärztlichen Wissen in Übereinstimmung zu bringen.

Das einfachste und natürlichste ist, den Patienten zu fragen, was ihm gut tut und nicht gut tut. Manchmal weiß er es sofort, manchmal braucht es länger. Manchmal können wir ihm dabei helfen, es heraus zu finden.

Was tut Ihnen gut? Was tut Ihnen nicht gut?

Was können Sie selbst tun, damit es Ihnen besser geht?

Wenn ich diese Frage meinen PatientInnen stelle, bekomme ich gelegentlich als Antwort: „Das müssen Sie doch wissen Herr

Doktor!“ oder „Wenn ich das wüsste, bräuchte ich nicht hier her kommen.“ Dann erkläre ich Ihnen, wie wichtig ihre Beteiligung dabei ist und biete ihnen an, gemeinsam mit ihnen herauszufinden, was ihnen gut tut, was ihnen Heilung, etwas mehr Wohlbefinden oder wenigstens Linderung von Beschwerden bringen kann. Die Zielrichtung ist dabei die bewusste, integrierte Autonomie des Patienten.

Ausgehend von dem Bild eines ganzen, gesunden Menschen und seiner gesunden Entwicklung suche ich die Ressourcen, die meinem Patienten helfen können, das zu finden, was ihm fehlt, und ihn anregen können, das zu entwickeln, was ihm nachhaltig gut tut.

Zur Orientierungshilfe dienen dabei erstens die Wunschlösung des Patienten und zweitens wieder die drei Daseinsbereiche Körper (Aktivität), Gefühl (Beziehung) und Denken (Verstehen) sowie ihr synergetisches Zusammenspiel (,Kohärenz', Ganzheit).

Oft ist es angebracht, in dem Bereich eine Ressource zu suchen und zu erschließen, der bisher wenig Wertschätzung erfahren hat. Außerdem können wir dort ein synergetisches Zusammenspiel anregen, wo wir eine Divergenz von Gefühl, Verstand und Körperverhalten beobachten.

Z.B. bei Herrn A. mit Tinnitus war seine Aktivitätsebene mit Leistungsstress stark ausgeprägt. Weniger präsent war seine Emotionalität, seine Beziehungswelt, wobei auch seine Beziehung zu sich selbst eher ängstlich zwanghaft erschien. So ging es in dem Gespräch ganz wesentlich darum, seine Selbstwahrnehmung wertzuschätzen und Empathie sowohl für seine Beschwerden als auch ganz besonders für seine emotionalen Bedürfnisse und Fähigkeiten zu haben. So konnte er seine Gefühlswelt wohlwollender annehmen und schrittweise integrieren.

Menschen mit depressiven Tendenzen können wir durch Fragen und Spiegelung oft dahin bewegen, dass sie wieder lernen, dass sie etwas tun können, was ihnen gut tut. Dabei spielt zunächst der Arzt und dann das eigene Bewusstsein die Rolle des Verstärkers für positive Erfahrungen – eine Rolle, die bei starker Depression nahezu verschwunden ist. Diese Menschen neigen dazu, ihr Denken nur noch für Ansprüche gegen sich, gegen ihre lustvolle Aktivität und ihre Freude einzusetzen. Wir versuchen sowohl die Aktivität als auch die wohlwollende Reflexion über die Eigenaktivität anzuregen. Dabei kann unser reflektierendes Mitgefühl eine Brücke der Kommunikation bauen.

Vergütungssystem und ärztliche Tätigkeit

Weil bei einem solchen Ressourcenmanagement PatientInnen zunehmend selbst wissen, was ihnen gut tut und was sie selbst für ihr Wohlbefinden tun können, kommt es zu der Nebenwirkung, dass sie seltener ärztliche Hilfe brauchen.

Diese Art hausärztlicher Behandlung harmonisiert deshalb unter Beachtung systemischer Rückkopplung nicht mit unserem aktuellen Akkord-Vergütungssystem nach Anzahl der Patienten, Kontakten und Leistungen. Es würde aber sehr gut passen zu einer Vergütung nach ‚Bürgerpauschalen‘, die nach Anzahl von Versicherten bzw. BürgerInnen gezahlt wird, die sich für eine Praxis eingeschrieben haben (ähnlich wie in Italien) und nicht nach behandelten PatientInnen.

Mit dieser Art der Vergütung nach ‚eingeschriebenen BürgerInnen‘ wäre ein materieller Anreiz für Prävention gegeben. Eben auch ein Anreiz für uns, unseren PatientInnen dabei zu helfen, dass sie lernen, selbst zu wissen, was ihnen hilft, was ihnen gut tut, was sie selbst tun können, um Wohlbefinden und Gesundheit zu erlangen.

Ausblick

Anhand von vielen weiteren Beispielen und wissenschaftlichen Untersuchungen ließe sich aufzeigen, wie durch eine salutogenetisch orientierte Kommunikation nicht nur die Zufriedenheit der PatientInnen und ÄrztInnen steigt, sondern auch Heilungen beschleunigt werden, chronische Erkrankungen heilen oder gelindert werden können und effektive Gesundheitsförderung im Sprechzimmer betrieben wird.

Die gesellschaftlich so wichtige Gesundheitsressource ‚Arzt‘ sollte von den politisch Verantwortlichen weise gepflegt und gefördert werden und nicht nur mit Misstrauen, Kontrolle und Bürokratie gegängelt werden.

Schön wäre es, wenn diese heilsame Ressource wertgeschätzt und dazu differenziertere statistisch relevante Forschung durchgeführt würde, die salutogene Interventionen in Bezug zur patienteneigenen Ressourcen spezifischer erfasst. Wer stellt dafür die erforderlichen Mittel zur Verfügung?

Ein ‚Arzt für Ressourcenmanagement‘?

Bisher werden die meisten neuen Zusatzbezeichnungen an Krankheiten ausgerichtet: Diabetologie, Schmerztherapie, Rheumatologie usw. Diese SpezialistInnen können systemisch gesehen wenig Interesse an der Heilung ihrer PatientInnen haben, da sonst die Grundlage ihrer Praxis entzogen würde, wenn es weniger Rheumakranke bzw. DiabetikerInnen oder SchmerzpatientInnen gäbe. So arbeitet das bestehende Spezialisierungssystem an der Erhaltung und sogar an der Vermehrung von den chronisch Erkrankten. So gab es z.B. noch nie so viele SchmerzpatientInnen wie seit der Etablierung von SpezialistInnen für Schmerztherapie⁴. Eine gegengerichtete Entwicklung wäre sowohl im Interesse der betroffenen Menschen als auch der gesamten Gesellschaft wünschenswert. Wenn wir unseren Blick auf die Ressourcen für gesunde Entwicklung richten und hierfür SpezialistInnen ausbilden, würden auf Grund systemischer Rückkopplung die Ressourcen wachsen und damit die gesunde Entwicklung

Erwünschte Nebenwirkung:
Sparen materieller Ressourcen

voranschreiten. Wenn ÄrztInnen für das Finden und Fördern von Ressourcen belohnt werden, würde eine ganz neue Dynamik in unserem Gesundheitssystem entstehen.

Im ersten Schritt dorthin sollte eine Weiterbildung in salutogener Ressourcenförderung konzipiert und aufgebaut werden. Diese kann mit dem heutigen Wissen beginnen und sich dynamisch mit zunehmenden wissenschaftlichen Erkenntnissen weiter entwickeln, z.B. in Kooperation mit einem Kompetenznetzwerk für salutogenes Ressourcenmanagement.

‚ÄrztInnen für Ressourcenmanagement‘ (oder ‚Ressourcenförderung‘) könnten dann chronisch erkrankte und risikobeladene Menschen anregen und befähigen, ihr Leben und ihre Lebenswelten autonomer, liebevoller und bewusster zu gestalten.

Weiterführende Literatur

Antonovsky, A. *Salutogenese- Zur Entmystifizierung der Gesundheit* dgvt-Verlag 1997

Bahrs O, Pohl D (1999): *-EUROCOM - Eine vergleichende Analyse zur Hausarzt-Patient-Interaktion in 6 europäischen Ländern*; Berichtsheft 8, 1/2 der Arbeitsgruppe Sozialmedizin und Allgemeinmedizin in der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, 1-15
Dieckhoff, D., Mitznegg, P., Sturm, E., Lichte, H. (Hrsg.) *Der Mensch* Heft 35-36 2004 und Heft 37 (erscheint Frühjahr 2006) Journal der AMA (Akademie für medizinische Anthropologie) und APAM (Akademie für patientenzentrierte Medizin)

Dörner, Klaus *Das Gesundheitsdilemma* Ullstein 2004

Dörner, Klaus *Die Fortschrittsfalle* Deutsches Ärzteblatt 10/2002 S. 449ff

Gadamer, Hans-Georg *Über die Verborgenheit der Gesundheit* Suhrkamp 1993

Göpel, Eberhard (Hrsg.) et al *Gesundheit bewegt – wie aus einem Krankheitswesen ein Gesundheitswesen entstehen kann* Mabuse 2004

Grossarth-Maticsek, Ronald *Systemische Epidemiologie und präventive Verhaltensmedizin* Verlag de Gruyter 1999 und *Selbstregulation, Autonomie und Gesundheit* Verlag de Gruyter 2003

Härter, M.; A. Loh, C. Spies (Hrsg.) *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln* Deutscher Ärzteverlag 2005

Petzold, Theodor Dierk *Gesundheit ist ansteckend! Heilphasen und innere Bilder* Verlag Gesunde Entwicklung 2000

Petzold, Th. D. *Leitlinienmedizin und Seele* EHK 2004; 53: 146-153 und *Die ärztliche Gesprächsführung im Sinne einer salutogenen Kommunikation* EHK 2005; 54: 230-241

Schüffel, W. – Brucks – Johnen – Köllner – Lamprecht – Schnyder (Hrsg.) *Handbuch der Salutogenese* Ullstein Medical 1998

⁴ Dörner, Klaus *Die Fortschrittsfalle* Deutsches Ärzteblatt

Sturm, Eckart, O. Bahrs, D. Dieckhoff, E. Göpel, M. Sturm (Hrsg.) *Hausärztliche Patientenversorgung* Thieme-Verlag 2005

Fortbildung

2. Symposium für Salutogenese vom 5.-7. Mai 2006 im Zentrum für Salutogenese in Bad Gandersheim - Thema: Zugehörigkeitsgefühl

„SaKom ®“: Salutogene Arzt-Patient-Kommunikation, z. Zt. Tagesseminare: *‘Leichter Umgang mit schwierigen PatientInnen’*; *‘Einführung in salutogene Arzt-Patient-Kommunikation’*, *‘Dr. Feel-Good’*; (zertifiziert von der Ärztekammer Niedersachsen bisher mit 10-11 Punkten je Tagesseminar im Zentrum für Salutogenese in Bad Gandersheim)

Autonomietraining nach Grossarth-Maticsek – Seminare und Ausbildung im Zentrum für Salutogenese

Infos im **Zentrum für Salutogenese**, Am Mühlenteich 1, 37581 Bad Gandersheim, Tel. 05382-9554730, Fax: 05382-9554712

e-mail: info@salutogenese-zentrum.de Web: www.salutogenese-zentrum.de