

# Ärztliche Gesprächsführung - salutogene Kommunikation

Zusammenfassung: Die ärztliche Gesprächsführung gewinnt immer mehr an Interesse von vielen Seiten: Nicht nur PatientInnen und ÄrztInnen sondern insbesondere auch die Verantwortlichen für Allgemeinmedizin, Universitätsinstitute und der AOK-Bundesverband haben erkannt, dass in der ärztlichen Gesprächsführung möglicherweise eine wichtige Ressource für die Prävention und Behandlung chronisch Erkrankter ist.

Das schulmedizinische Paradigma der Pathogenese bestimmt sehr weitgehend die Arzt-Patient-Kommunikation - und immer mehr durch die DMPs. Dabei gehen immer mehr gesundheitsfördernde (salutogene) Möglichkeiten der Arzt-Patient-Beziehung verloren. Demgegenüber kann eine salutogenetisch ausgerichtete Gesprächsführung Ressourcen für Prävention und Heilung chronischer Erkrankungen mobilisieren. Dazu werden gesundheitsfördernde Inhalte und Strukturen einer salutogenen Kommunikation beschrieben.

## Einleitung

Es erscheint sinnvoll, das alte autoritäre Bild des unmündigen Patienten, den wir mit allen unseren Mitteln zur Compliance bewegen müssen, zu ersetzen durch ein neues entwicklungsorientiertes Menschenbild von eigenkompetenten PatientInnen, denen wir mit unserem Wissen helfen sollen, sich selbst gesünder zu regulieren. Dann können wir das Ziel unserer Gespräche neu definieren: Wir wollen die autonome Selbstregulation, das gesundheitskompetente, eigenverantwortliche Handeln für Wohlbefinden unserer PatientInnen anregen.

Wie können wir bewirken,

- dass PatientInnen die Zusammenhänge ihrer Erkrankung besser verstehen, dass sie mehr Vertrauen in sich selbst, in eine Heilung und in ihre ÄrztInnen finden und dass sie ihre gesundheitliche Krise besser handhaben können? Dass sie durch das Gespräch motivierter und kompetenter werden, ihr Leben gesünder zu gestalten?
- Dass auch die ÄrztInnen selbst von einer guten Arzt-Patient-Kommunikation profitieren? Dass nervende Missverständnisse wegfallen, und dass die Arbeit mehr Freude macht und weniger anstrengend ist? ...?

Die pathogenetisch orientierte Medizin setzt das Selbstheilungsvermögen des Organismus stillschweigend voraus. Sie operiert auf seiner Grundlage, ohne es auch nur einmal zu erwähnen. Die meisten Erfolge verdanken wir ÄrztInnen diesem Selbstheilungsvermögen - es wird Zeit, es wertzuschätzen.

Da die Anzahl der chronisch erkrankten und damit die von dieser Medizin nicht geheilten Menschen immer größer wird - in den letzten neun Jahren ist z.B. die Anzahl der Typ-II-Diabetiker in den USA um 45% gestiegen - wird es auch immer deutlicher, dass der Allmachts Glaube der Schulmedizin

ein Aberglaube ist. Viele Menschen sind es deshalb leid, die Anweisungen der ÄrztInnen zu befolgen - entweder aus Frust, Unglauben, Bequemlichkeit oder aus Angst vor Nebenwirkungen, Angst vor Nebenwirkungen nicht nur von Medikamenten, sondern auch vor

den 'Nebenwirkungen' ärztlicher Worte, angstmachender Drohungen und negativer Suggestionen<sup>1</sup>.

Wenn z.B. ein Orthopäde einer Patientin beim Betrachten der Röntgenbilder der Wirbelsäule sagt, dass die Wirbelsäule ganz kaputt sei und sie deshalb ihre Schmerzen ihr Leben lang behalten wird, so wird diese Frau es doppelt schwer haben, ihre Schmerzen los zu werden. In vielen Fällen werden PatientInnen nach solchen Interventionen die Hoffnung auf Heilung und Linderung aufgeben und resignieren.

Oder wenn ÄrztInnen krebserkrankten PatientInnen mitteilen, dass sie höchstens noch ein halbes Jahr zu leben haben - dann leben diese selten länger als ein halbes Jahr im Unterschied zu vergleichbaren PatientInnen, denen die ÄrztInnen Hoffnungen auf ein unbestimmt langes Leben machen<sup>2</sup>.

Aus diesen beiden Beispielen mag schon deutlich werden, dass wir ständig mit PatientInnen kommunizieren, die ganzheitlich auf unsere Worte reagieren - nicht selten anders als wir es vielleicht gedacht hatten - ganzheitlich mit einer autonomen Selbstregulation, die in ihrer Resonanz oft paradox erscheint.

Diese gesunde Selbstregulation zu verstehen und im ärztlichen Gespräch anzuregen, hat sich die *'Arbeitsgruppe salutogene Kommunikation'*<sup>3</sup> zur Aufgabe gemacht. Sie hat jetzt ein Konzept für salutogene Gesprächsführung erarbeitet, um eben diese kommunikative Ressource für die Genesung wie auch die Prävention zu aktivieren. Das ärztliche Gespräch soll besonders für chronisch Erkrankte zu einer wichtigen Ressourcekonstellation werden.

## **Ärztliche Reflexionen**

Die Mitarbeit im *"Qualitätszirkel für gesundheitsfördernde Praxen - Salutogenetische Orientierung in der Hausarztpraxis"*<sup>4</sup> hat meine nunmehr 30-jährigen Erfahrungen als Arzt bestätigt: dass wir mit unserer pathogenetisch ausgerichteten Medizin einigen Menschen gut helfen können, die akut krank sind. Menschen aber, deren chronische Erkrankung mit unserer Zivilisation und dem Lebensstil im Zusammenhang steht (und das ist der Großteil der chronisch Erkrankten) können wir mit dieser Medizin meist nicht wirklich helfen; im Gegenteil, für eine nicht unerhebliche Anzahl von ihnen wirkt unsere normale ärztliche angstmachende Gesprächsführung noch als zusätzlicher pathogener Faktor - Unheilkunde statt Heilkunde.

Wenn wir über Kommunikation nachdenken, ist es sinnvoll, alle Ebenen und Hintergründe der Kommunikation zu reflektieren - und wie wir uns selbst während des Gesprächs und hinterher fühlen.

Wenn wir als ÄrztInnen mit unseren PatientInnen sprechen ist ein Großteil des Gesprächs von der Medizin geprägt, die wir gelernt haben und anwenden. Das Menschenbild dieser Medizin überschattet sozusagen unsere gesamte Kommunikation mit den PatientInnen.

---

<sup>1</sup> Feiereis, H. berichtet wie viele andere auch von üblen Nebenwirkungen ärztlicher Worte im Aufsatz *Das Gespräch mit somatisch und psychosomatisch Kranken* S. 28 in *Ärztliche Gesprächsführung* von Christian Reimer (Hrsg.) 1994

<sup>2</sup> Grossarth-Maticek, Ronald *Selbstregulation, Autonomie und Gesundheit* de Gruyter 2003.

<sup>3</sup> Die AG salutogene Kommunikation bietet Fortbildungskurse SaKom® an (den nächsten am 16. April 2005 in Magdeburg) (s. Schluss)

<sup>4</sup> Ein Modellprojekt der Universität Göttingen und Herdecke mit Unterstützung des AOK-Bundesverbandes. Es wird geleitet von Dr. Ottomar Bahrs (Göttingen) und Prof. Dr. Matthiessen (Herdecke) in Kooperation mit dem AOK-Bundesverband

Deshalb beginne ich mit einer Reflexion des Menschenbildes der Schul- bzw. noch allgemeiner: einer pathogenetisch ausgerichteten Medizin und seiner Implikationen für das ärztliche Gespräch.

Dann werde ich das entwicklungsorientierte evolutionär systemische Menschenbild einer salutogenetisch ausgerichteten Medizin mit den entsprechenden praktischen Folgerungen darlegen<sup>5</sup>.

## I. Allgemein methodische Reflexion

### Das vorwiegend pathogenetisch orientierte Menschenbild

Wenn wir unsere Aufmerksamkeit von einem pathogenetischen Konzept leiten lassen, fragen wir die PatientInnen nicht mehr: "Was fehlt ihnen denn?" (impliziert die Frage: "Was wünschen Sie sich?" - nämlich Gesundheit und Wohlbefinden) sondern uns interessiert die Frage (die die PatientInnen schon übernommen haben): "Was haben Sie (bzw. ich) denn?" Es folgt die Suche nicht etwa nach Ressourcen (wie man bei der Formulierung auch denken könnte) sondern nach einer Krankheit und einer greifbaren, scheinbaren Ursache. Es interessiert uns nicht so sehr der betroffene leidende Mensch sondern das, *was er hat*, das Symptom, die Krankheit. Diese 'Unheilkunde' haben wir im Studium und der Klinik eingehend gelernt. Die logische Folge ist, dass wir dann ein Mittel suchen, um das Symptom zu bekämpfen, die Störung zu reparieren.

Das Menschenbild des pathogenetisch orientierten schulmedizinischen Konzeptes ist stark von der Pathologie, vom Sezieren und Analysieren des (oft toten) Menschen(-materials) geprägt. Thure v. Uexküll und viele andere haben hinreichend das 'Maschinenparadigma' des schulmedizinischen Menschenbildes mit den daraus entstandenen Reparaturinstitutionen kritisiert<sup>6</sup>.

Diese pathogenetische Herangehensweise funktioniert solange gut, solange die Bekämpfung des Symptoms zumindest scheinbar weniger Schaden anrichtet als das Symptom selbst oder/und dann, wenn der Organismus noch stark genug ist, die Selbstheilung durchzuführen nachdem an der Oberfläche repariert wurde.

So funktioniert z.B. die Chirurgie nur dort, wo der Organismus nach einer Hautnaht in der Lage ist, die Haut zusammenwachsen zu lassen. Das Beispiel einer Wundversorgung zeigt auf einfache Weise wie und wann das pathogenetische Herangehen funktioniert: Auf der Basis der heilenden Selbstorganisation ('Salutogenese') des Organismus kann die oberflächliche Reparatur einer Störung wesentlich zur Heilung beitragen. Würde die Selbstregulation wegfallen, würde die Naht aber gar nichts nützen und der beste Chirurg wäre nichts als ein Präparator.

Die pathogenetisch orientierte Medizin setzt das Selbstheilungsvermögen des Organismus stillschweigend voraus, sie operiert auf seiner Grundlage, ohne es auch nur einmal zu erwähnen. In den einschlägigen Lehrbüchern und Wörterbüchern der Medizin ist in der Regel kein Hinweis auf Selbst-Heilungsvorgänge zu finden.

Und trotzdem verdanken wir ÄrztInnen unsere Erfolge weitestgehend der heilenden Selbstorganisation der Menschen - auf jeden Fall einer Zusammenarbeit mit dieser salutogenen Selbstregulation.

---

<sup>5</sup> Petzold, Theodor D. in *Gesundheit bewegt* von Eberhard Göpel (Hrsg.) Verlag Mabuse 2004

<sup>6</sup> Uexküll, Thure v. und W. Wesiack: *Theorie der Humanmedizin* Urban und Schwarzenberg 1991..  
Petzold, Theodor Dierk *Gesundheit ist ansteckend!* Verlag Gesunde Entwicklung 2000

Wenn diese Salutogenese so wichtig für den Erfolg unserer ärztlichen Bemühungen ist, ist es wohl angebracht, ihr eine gehörige Portion Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu widmen.

## Die salutogenetische Herangehensweise - Ein Menschenbild einer entwicklungsorientierten systemischen Selbstorganisation

Wenn wir unsere Aufmerksamkeit von einem salutogenetischen Konzept leiten lassen, sind wir offen für die aktuelle sowie längerfristige Entwicklung unseres Patienten. Uns interessiert die Geschichte seines momentanen Zustandes ('Ist-Wertes') und die Richtung seiner Entwicklung ('Krankheit' oder 'Gesundheitsziele'?). Wir hören zu, was er uns mitteilen möchte und fragen nach seinen Beschwerden (was ihm nicht gut tut) genauso wie nach seinen Ressourcen (was ihm gut tut, was er für Stärken hat ...). Hinter unserem Interesse steht in erster Linie eine Lehre der gesunden menschlichen Selbstorganisation und -regulation (Heilkunde) - und erst in zweiter Reihe eine Krankheitslehre (Unheilkunde).

Für eine gesunde Selbstregulation sind auf der einen Seite attraktive Gesundheitsziele maßgeblich (in der Sprache der Kybernetik die 'Sollwerte'; siehe Kapitel 'Lösungsschritte') und auf der anderen Seite wirken die vorhandenen Bedingungen und Bedürfnisse als Ur-Sachen<sup>7</sup>. Aus beiden Bereichen können Ressourcen für Genesung bzw. Vorbeugung geschöpft werden: sowohl aus der Vergangenheit, den Bedingungen als auch aus den inneren Zielbildern, den Sollwerten. Auf dem Boden eines salutogenetischen Verständnisses, auf der Kenntnis dieser sich entwickelnden Selbstorganisation, interessieren wir uns für die Entstehung des Leidens (Pathogenese). Dann können wir den Wunsch des Patienten am besten unterstützen, seine eigene Entwicklung zu verstehen und die krisenhafte Situation zu meistern (dazu gehört Genesung).

## Diagnose und Fehl-Diagnose

'Diagnose' bedeutet ursprünglich "unterscheidende Beurteilung, Erkenntnis". Eine Krankheits-Diagnose ist eine ganz spezielle Form der Diagnose, die sich nämlich auf die Krankheit beschränkt. An einer vollständigen Diagnose - Beurteilung eines Gesundheitszustandes oder einer gesundheitlichen Entwicklung - fehlt noch die Erkenntnis und Beurteilung der gesunden Ressourcen. So haben wir es bei einer Krankheits-Diagnose im Grunde immer mit einer Fehl-Diagnose zu tun. Das Wort 'Fehl-Diagnose' heißt also hier, dass an der Diagnose etwas fehlt, dass sie unvollständig ist. Es fehlt ihr immer eine Benennung der vorhandenen Ressourcen für die Genesung, sowohl die möglichen Ursachen als auch die inneren Zielbilder (Gesundheitsziele) für eine Heilung. Um also eine solche Fehl-Diagnose zu vermeiden und eine vollständige Diagnose zu erstellen, müssen wir noch neue Be-

Eine vollständige Diagnose enthält die wichtigsten Hinweise für die einzuschlagende Richtung in der Therapie.

schreibungen für die entsprechenden Sachverhalte, für das vorhandene Potential zur gesunden Entwicklung - das *salutogene Potential* - finden.

Zum Beispiel die Diagnose 'Adipositas' bei Kindern. Diese Krankheits-Diagnose gibt uns leider überhaupt keinen Hinweis in Richtung Therapie, wie wir es von einer guten Diagnose erwarten. Was nützt uns eine Diagnose, eine Erkenntnis, wenn wir daraus keine praktischen Schlüsse ziehen können? Nach einer Betrachtung des Kontextes der Entwicklung eines adipösen Kindes würden wir z.B. als Diagnose

---

<sup>7</sup> Aristoteles nannte vier *causae*: Bedingungs-, Wirk-, Form- und Zweck-*causa*, die ich in zwei *causae* zusammenfasse: die beiden ersten als Wirkursachen und die letzteren als maßgebliche Attraktoren (s. a. mein Buch *Das Maßgebliche* S.49 Verlag gesunde Entwicklung 2000).

hinzufügen: Ein missverstandenes und fehlgeleitetes ('desintegriertes') Bedürfnis nach Wertschätzung, Nähe und Aufmerksamkeit. In dem Wort 'Bedürfnis nach' liegt ein Hinweis auf ein inneres Ziel, einen Sollwert, ein Gesundheitsziel, hier: Bedeutsamkeit, Nähe und Aufmerksamkeit - Liebe und damit soziale Integration. Diese inneren Zielbilder haben ihren ursprünglichen direkten Einfluss auf das Verhalten des Kindes verloren, weil die Mutter mit ihren Verhaltensmustern wiederholt unpassend (hier durch Füttern) auf derlei kindliche Bedürfnisse geantwortet hat. Trotzdem gibt es in dem kindlichen System noch diese Zielbilder und das dazugehörige Bedürfnis. Hier sind die Ressourcen für seine Heilung - diese ursprüngliche Selbstregulation wieder anzuregen.

## **Ärztliche Gesprächsführung im Allgemeinen und unter dem pathogenetischen Paradigma**

Die Gesprächsführung durch die ÄrztIn soll im Einzelnen folgende Aufgaben erfüllen (jeweils bei Erstkontakt bzw. Verlaufskontakt):

1. Kontakt herstellen bzw. halten
2. Zur Diagnose und Therapie führen bzw. den Heilungsverlauf begleiten
3. Ressourcen für gesunde Entwicklung finden und stärken
4. Über den Verlauf der Genesung und die Therapieschritte bzw. -änderungen informieren und gemeinsam Entscheidungen treffen
5. Lebens- und Einstellungsveränderungen besprechen, um die gesunde Entwicklung für die Zukunft zu fördern

## **Phasen des Gesprächs**

Es zeigt sich als zweckmäßig, ein ärztliches Gespräch in vier Abschnitte zu unterteilen, die wir in unterschiedlicher Ausprägung immer wiederfinden:

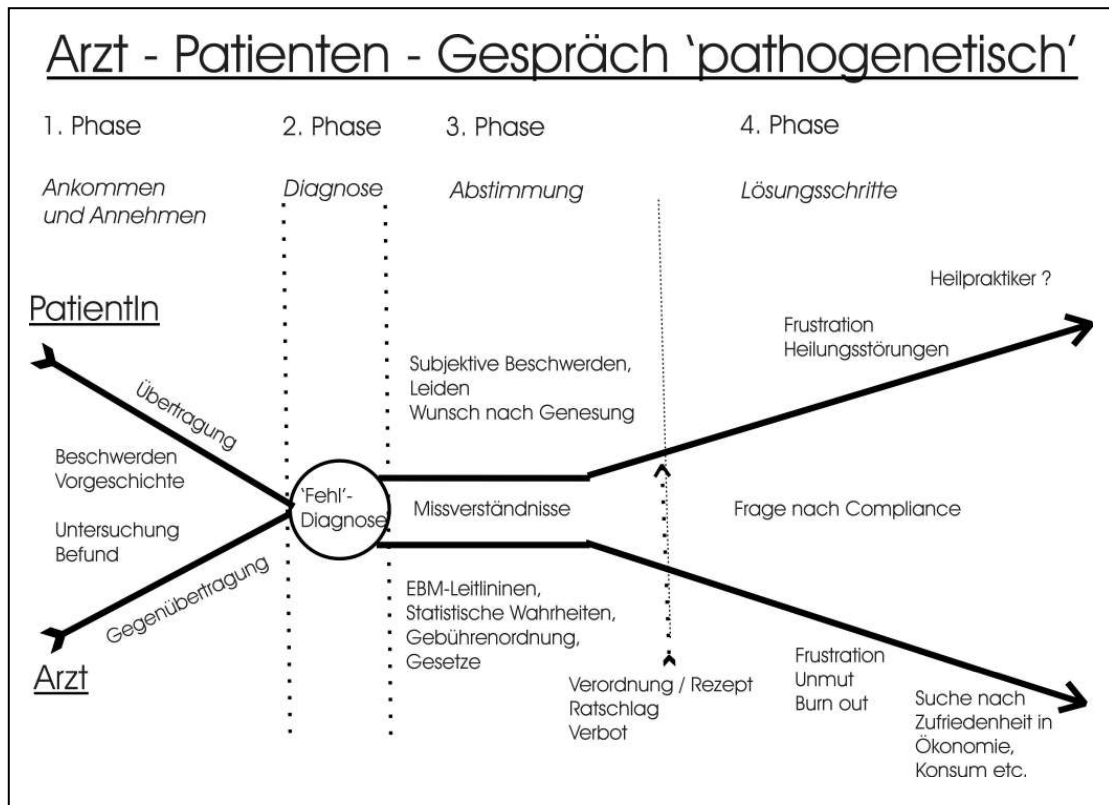
**Phase I - *Annehmen*** - das Ankommen und Annehmen der PatientIn

- a. Begrüßung - Kontaktaufnahme
- b. Anamnese (Beschwerden und Ressourcen)
- c. Untersuchung

**Phase II - *Diagnosestellung*** - Interpretation und Beurteilung der Befunde und Ressourcen

**Phase III - *Abstimmung*** von Erwartungen und Möglichkeiten, sowie der Selbstwahrnehmung des Patienten mit dem Wissen und der Wahrnehmung des Arztes (Abstimmung zwischen subjektiven Wahrnehmungen und Bedürfnissen des Patienten und ärztlicher Erfahrung und statistisch orientierter EBM)

**Phase IV - *Lösungsschritte*** - Therapieentscheidungen / -plan, Aktivitäten, Verabschiedung



In diesem Schaubild sind Gefahren und unerwünschte Nebenwirkungen von Gesprächen mit pathogenetischer Orientierung beschrieben.

In einem normalen schulmedizinisch und pathogenetisch orientierten Gespräch liegt der Schwerpunkt im Abschnitt zwei, in der Diagnosestellung. Der erste Abschnitt - das Ankommen und Annehmen - ist meist sehr verkürzt. Zu diesem Abschnitt gehören die Anamnese und die körperliche Untersuchung. Die Abschnitte drei und vier werden oft in einer Rezept-Verordnung abgehandelt.

## II. Reflexion über PatientInnen

Aus der langjährigen Erfahrung in unterschiedlichen Praxen heraus möchte ich die Wünsche / Behandlungsaufträge der PatientInnen einmal sehr vereinfachend und ganz pragmatisch in drei große Gruppen mit unterschiedlichen Erwartungen und Bedürfnissen einteilen, die m. E. sehr unterschiedliche Antworten, Vorgehensweisen / Rollen der ÄrztIn, also unterschiedliche Gesprächsführung und Beziehung erfordern.

- I. PatientInnen mit klarem Wunsch / Auftrag in Bezug auf die Handlung des Arztes (z.B. Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder eines Rezeptes; Verbandswechsel, konkrete Behandlungsmaßnahmen wie z.B. Injektionen, Operationen, Bestrahlungen, physikalische Therapie u.a.). Sie fordern eine definierte Dienstleistung durch den Arzt.
- II. PatientInnen mit einer aktuellen und begrenzten therapeutischen Erwartung (z.B. mit akuter Symptomatik, Erkrankung (Schmerzen, Grippe, Durchfall, Verletzung usw.). Sie suchen den Arzt gewissermaßen als Notarzt auf.
- III. PatientInnen mit umfassenderem Hilfeersuchen bei häufiger wiederkehrenden, chronischen, psychischen oder psychosomatischen Beschwerden. Diese PatientInnen fordern den Arzt als ganzheitlichen Therapeuten, als heilsamen Begleiter heraus.

Die PatientInnen aus den beiden ersten Gruppen sind die, bei denen die Schulmedizin ihre Erfolge gemacht hat, und wo sie relativ effektiv arbeitet (vorausgesetzt eine weitgehend intakte Selbstregulationsfähigkeit der PatientInnen).

An den PatientInnen der dritten Gruppe ist die Schulmedizin mit ihrem Paradigma von der Pathogenese im Großen und Ganzen gesehen gescheitert, und ihre Kommunikation und Anwendungen schaden nicht selten mehr als dass sie nützen. Eine Hilfe für Menschen mit chronischen Erkrankungen erfordert ein grundsätzliches Umdenken der schulmedizinisch ausgebildeten ÄrztInnen und ein neues Paradigma.

Wenn wir über Veränderungen oder eine Neugestaltung unserer ärztlichen Gesprächsführung nachdenken, betrifft dies also in erster Linie die dritte Gruppe, weil hier der größte Handlungsbedarf mit den größten positiven Wirkungen ist (s.u. 'Lösungsschritte' 'Inhalte salutogener Gesprächsführung').

### **III. Persönliche Reflexion**

Nicht nur um für unser eigenes Wohlbefinden die Verantwortung zu übernehmen, sondern auch weil wir mit unseren PatientInnen in Kommunikation jeweils gemeinsam ein neues System bilden (optimalerweise eine Ressourcen-Konstellation<sup>8</sup>), ist es angebracht, darauf zu achten, wie wir uns während eines Gesprächs fühlen und auch wie es uns hinterher - möglicherweise zu Hause - geht. Was tut uns kurzfristig und nachhaltig gut? Was tut uns kurzfristig und nachhaltig nicht gut?

Um diese Reflexionen etwas zu strukturieren, habe ich sie nach Interaktionsebenen unterschieden. In Wirklichkeit kann man diese Ebenen zwar unterscheiden aber nicht von einander trennen. Sie sind in der Person eng miteinander verknüpft.

Grundsätzlich strebe ich eine Haltung an, aus der heraus ich die PatientInnen auf allen Ebenen wertschätzen und ihre Autonomie bei allen Interaktionen respektiere. Interaktionen sind Resonanzen: Jeder schwingt – auch wenn er ‚nur‘ reagiert – in seiner Eigenschwingung.

#### **Bei körperlichen Interaktionen**

Unwohl fühle ich mich, wenn ich durch eine Untersuchung oder Behandlung den PatientInnen Schmerzen, Angst oder andere Unannehmlichkeiten (z.B. Verletzung des Schamgefühls) verursache. Im Umgang mit Kindern kommt es ständig vor, dass sie Angst und Schmerzen haben, wenn ich ihnen eine Impfung gebe, bei vielen sogar schon bei der Untersuchung der Mundhöhle. Das tut mir leid - nicht wohl. Und ich frage mich immer wieder, ob diese körperlichen Interaktionen der Gesundheit (der PatientInnen und meiner) mehr schaden als nützen. Eine Injektion ist eine Verletzung, und viele Kinder erleben sie traumatisch. Führt dieses Trauma zu einer Störung der vertrauensvollen Beziehung zum Arzt? Zu einer Angst vor 'Weißkitteln', die später beim Anblick eines Arztes den Blutdruck in die Höhe treibt? Mobilisiert diese Verletzung die unbewusste Abwehr gegen ärztliche Behandlungsvorschläge und verschlechtert sie die Compliance? Werden durch diesen Stress in Kombination mit den Impfstoffen vielleicht sogar Allergien ausgelöst?

In jedem Fall belasten diese verletzenden körperlichen Interaktionen das kooperative Verhältnis zu meinen PatientInnen.

---

<sup>8</sup> s. Loth, Wolfgang *Ressourcen bewegen* aus Meike Schemmel, Johannes Schaller (Hsg.): *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen 2003

Gut fühle ich mich bei Untersuchungen, an denen die PatientInnen mitbeteiligt sind, indem sie z.B. mir jedes Mal genau Rückmeldung geben, wie ein Körperkontakt sich anfühlt, ob etwas schmerzt oder ob der Druck auf z.B. Muskelverspannungen sich angenehm anfühlt. Gut fühle ich mich nach einer Untersuchung, wenn ich einen Befund gefunden habe, der behandelbar ist und der vorher nicht bekannt war.

## **Psychosoziale Interaktionen**

Gut fühle ich mich, wenn die PatientInnen ein Urvertrauen in ihren Lebensweg haben und mir Vertrauen entgegen bringen, was die Hilfe bei der Lösung des aktuellen Problems angeht. Gut fühle ich mich, wenn diese PatientInnen auch noch bewusst und kompetent mit sich umgehen und meine Hilfsangebote bei ihnen auf positive Resonanz stoßen.

Unangenehm berührt fühle ich mich, wenn PatientInnen Unterwürfigkeit mit blindem Vertrauen zeigen. Dabei habe ich auch kein gutes Gefühl für die Prognose. Genervt bin ich, wenn PatientInnen immer wieder mit ähnlichen Klagen und Fragen kommen, von denen ich glaube, sie schon längst mehrfach beantwortet bzw. behandelt zu haben. Z.B. ein 92-jähriger Mann, der nach fünf Jahren immer noch und immer wieder die Frage stellt, ob man denn gegen seinen Schwindel nichts machen könne - obwohl er schon alle möglichen verschiedenen Medikamente (allopathische sowie naturheilkundliche) bekommt.

Gelegentlich fühle ich mich im Kontakt mit einzelnen Patientinnen geschmeichelt oder auch erotisch angeregt, was sich im Moment vielleicht gut anfühlt, hinterher aber meist ein sehr ungutes Gefühl hinterlässt. Es treten dann (z. T. zutreffende) Sorgen auf, die Diagnostik und Therapie nicht gründlich genug durchdacht zu haben, etwas übersehen zu haben, jemanden bevorzugt zu haben o. ä.

Ich kenne auch den Mechanismus, wenn bei mir schon beim ersten Anblick eines Patienten, auch beim ersten flüchtigen Augenkontakt, ein bestimmter Eindruck entsteht, der nicht mehr weichen will – ein bestimmtes Gefühlsmuster wird in mir wachgerufen und bestimmt meine Stimmungslage während des Gesprächs und beeinflusst dann auch noch mein Verhalten in Diagnostik und Therapie.

Ähnliche Erscheinungen von Übertragung und Gegenübertragung sind alltäglich. Die Stimmung eines Patienten überträgt sich leicht auf den Arzt und führt entweder zur Ablehnung oder Überfürsorglichkeit oder anderen Phänomenen, die ursprünglich aus der Eltern-Kind-Beziehung des Patienten kommen und in uns unbewusst Resonanz hervorrufen, besonders wenn wir selbst ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Übertragung und Gegenübertragung hat z.B. dazu geführt, dass fast der ganze Qualitätszirkel beim Anschauen eines Videos sich über eine Patientin aufgeregt hat, die mit einer leidenden Miene von der Therapeutin immer mehr Zuwendung ergattert hat.

## **Gedankliche Interaktionen**

Unwohl fühle ich mich mit einer Behandlung, wenn der Patient sie nicht verstanden hat – wenn er nicht in der Lage ist, trotz eingehender Versuche meinerseits, die Gründe und Prinzipien zu verstehen, genauso wenn er ohne jede Frage blind alles mit sich geschehen lässt.

Unwohl fühle ich mich auch, wenn bei PatientInnen tiefe Ängste zu einer ablehnenden Haltung gegenüber der vorgeschlagenen Behandlung führen und diese Angst nicht mit rationalen Argumenten zu beheben ist. Wenn solchermaßen die Angst stärker ist als das Vertrauen. Wenn dann die Angst ablehnende Argumente kreiert und keine anderen Argumente akzeptiert werden können, gibt es unerfreuliche Gespräche.



Wohl fühle ich mich, wenn PatientInnen aus den von mir geäußerten Gedanken / Vorschlägen für sich, für ihre gesunde Entwicklung etwas herausnehmen können und sich zu einer gesunden Selbstregulation anregen lassen.

## **Spirituelle Interaktionen - Glaubensfragen**

Der persönliche Glaube bzw. das Weltbild hat einen großen Einfluss auf Heilungsprozesse<sup>9</sup> und darauf, zu welchem Arzt ein Patient geht. Menschen z.B. aus einem fundamentalistisch christlichen 'Glaubenszentrum' hier in Bad Gandersheim lehnen Homöopathie und Akupunktur ab, weil ihre Lehre behauptet, dass diese Heilmethoden etwas mit (schwarzer) Magie zu tun haben. Sie wollen bei Halsschmerzen lieber ein Antibiotikum, wenn beten allein nicht hilft. Diese PatientInnen fühlen sich bei einem Arzt für NHV ebenso unwohl wie der Arzt mit diesen PatientInnen.

Der heute in unseren Kulturkreisen am weitesten verbreitete Glaube ist m. E. der Wissenschaftsglaube. Wenn im Fernsehen ein Professor gesagt hat, dass ein bestimmtes Mittel gegen eine Krankheit hilft, kommen mit Sicherheit daraufhin einige PatientInnen und wollen das Medikament haben. Auch die meisten ÄrztInnen glauben an die Wissenschaft (EBM) und verordnen entsprechend die Untersuchungen, Medikamente und anderen Eingriffe. Und dass, obwohl fast alle wissen, dass die medizinische Forschung und Wissenschaft heutzutage zu über 90% von den Interessen der Pharma- und Medizinindustrie bestimmt wird. Vorbeuge- und Heilmethoden, die keinen industriellen Gewinn versprechen - wie z.B. Entspannungs- und Gesprächstherapien - werden nicht entsprechend wissenschaftlich untersucht, weil sie keiner bezahlt<sup>10</sup>. So ist auch die ärztliche Gesprächsführung ein Stiefkind der Schulmedizin.

Der Glaube an Heilmethoden, die nicht wissenschaftlich bestätigt sind, fällt uns sehr schwer. Und unser Glaube als Arzt ist ganz wesentlich für die Wirkung unserer Verordnungen, wie wissenschaftliche Untersuchungen zeigen konnten.<sup>11</sup>

Gut fühle ich mich bei einem intensiven Gespräch über Sinnfragen des Handelns und des Lebens, wie sie oft bei Menschen hochkommen, die schwer erkrankt sind - wenn man Zeit und ein offenes Ohr dafür hat. Der Sinn des Daseins kann eine mächtige Ressource für eine Genesung sein.

## **Lösungsschritte**

### **Allgemeine Gesundheitsziele**

Aus einem entwicklungsorientierten evolutionär systemischen Menschenbild folgert, dass dem Menschen ein Streben nach Gesundheit (sowohl eigener als auch der Menschheit) innewohnt. Im Streben, als Antrieb erscheinen uns unterschiedliche Bedürfnisse, wie Durst und Hunger, Bedürfnis nach Nähe, Geborgenheit, sinnliche Lust, auch geistige Bedürfnisse - diese Bedürfnisse zusammen nenne ich gerne *Gesundheitstrieb* - solange sie innerlich abgestimmt sind mit dem Lebenswillen und den Erfahrungen über das was *nachhaltig gut* tut.

Diese Bedürfnisse haben alle attraktive Ziele (die Sättigung durch bestimmte Nahrung, Befriedigung mit einem bestimmten Liebes-Objekt usw.), die in uns oft unbewusst als innere

---

<sup>9</sup> Grossarth-Maticek, Ronald *Systemische Epidemiologie und präventive Verhaltensmedizin chronischer Erkrankungen* de Gruyter 1999

<sup>10</sup> Petzold, Theodor D. *Leitlinienmedizin und Seele* EHK 2004; 53: 146-153)

<sup>11</sup> Dossey, Larry *Heilende Worte* Verlag Bruno Martin (1993, 1995)

Bilder gespeichert sind<sup>12</sup>. Der *Gesundheitstrieb* korrespondiert mit *Gesundheitszielen*. In diesem Spannungsfeld organisiert sich das Leben, findet zwischenmenschliche Kommunikation, Wechselbeziehung mit und Entwicklung in der Umwelt statt.

Gibt es allgemeine *Ziele* gesunder menschlicher Entwicklung? Wie können wir sie herausfinden?

In einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe für eine integrative Medizin haben wir 2001 gemeinsam reflektiert, welcher Aspekt unserer Arbeit zur gesunden Entwicklung (Heilung bzw. Vorbeugung) beiträgt. In dem Kreis, zu dem u.a. auch eine Ernährungsberaterin und eine Erzieherin gehörten, haben wir uns am Schluss der Diskussion auf drei große Aspekte gesundheitsfördernder Aktivität geeinigt: *Bewusstseinsbildung* (z. B. wirkt auch die Ernährungsberaterin nicht durch die Nahrung sondern durch die Bildung von Bewusstsein über Ernährung), *Selbstbestimmtheit* und *Integration*.

In einem sich selbst regulierenden System steuert das Ziel, der Sollwert, den Prozess. Entwicklung in die Richtung des Sollwertes hat rückwirkend positiven Einfluss auf die Dynamik der Entwicklung ('positive Rückkopplung'). Findet eine Entwicklung in Richtung der Gesundheitsziele Bewusstsein, Liebe und Autonomie statt, wird die aktuelle Gesundheit gestärkt. Andersherum kann man aus dem, was gesunde Entwicklung fördert, Hinweise auf Gesundheitsziele ableiten.

In einem dynamisch selbstregulierenden System stabilisiert die Entwicklung in Richtung des Gesundheitszieles die Gesundheit des sich entwickelnden Systems.

Der Weg ist das Ziel - das Ziel ist der Weg.

Unter diesem Aspekt sind auch die Forschungen des israelischen Soziologen und Stressforschers Aaron Antonovsky interessant, der den Begriff *Salutogenese* gebildet und die Fragestellung nach der Gesundheit in die Wissenschaft eingeführt hat. Er hat eingehende Untersuchungen an Frauen durchgeführt, die unter Hitler im KZ waren. Dabei hat er herausgefunden, dass diejenigen Frauen, die sich auch 30 Jahre nach der KZ-Haft noch in relativ gutem Gesundheitszustand waren, sich besonders durch folgende Fähigkeiten auszeichneten: Sie konnten ihre Situation *verstehen*, sie hatten noch ein wenig das Gefühl, dass sie Situationen *handhaben* konnten und dass ihr Leben und Handeln selbst im KZ von *Bedeutung* waren. Das synergetische Zusammenwirken dieser Aspekte nannte er *Kohärenzempfinden* ('sense of coherence') - ein Gefühl von großem Lebenszusammenhang, von dem Urvertrauen begleitet, dass alles letzten Endes gut werden wird.

In der folgenden Tabelle skizziere ich aus all diesen Arbeitsergebnissen und meinen eigenen Erfahrungen und Beobachtungen drei große Entwicklungslinien.

**Innere Leitbilder für eine gesunde Entwicklung - Gesundheitsziele**

Verstehen können	Bedeutsam sein	Handhaben können
Wissen	Anerkennung und Wertschätzung finden	Fähigkeiten ausbilden
Bewusstsein bilden	Sich zugehörig fühlen / integriert sein	Selbst bestimmen / mitbestimmen / entscheiden
Weisheit entwickeln	Sich geliebt fühlen - lieben	Autonomie
		Wille (zum Leben)

<sup>12</sup> Hüther, Gerald *Die Macht der inneren Bilder* Vandenhoeck Ruprecht 2004  
 Petzold, Theodor D. *Gesundheit ist ansteckend! Heilphasen und innere Bilder* 2000

Die höchsten Ziele dieser drei Entwicklungslinien finden wir sogar in den großen Weltreligionen wieder: Im Christentum als Drei-Einigkeit von Liebe (Sohn), Wille (Vater) und Weisheit (Heiliger Geist); Buddha gilt als Botschafter der Weisheit, Christus als Botschafter der Liebe und 'Gott' als Ursprung des Absoluten, des autonomen Willens.

So können wir uns eine gesunde Entwicklung vom ganz persönlichen Bewusstsein, der persönlichen Liebe und dem Bewältigungsvermögen vorstellen hin zur Weisheit, einer alles umfassenden Liebe und dem Willen zum Leben, der in der Kohärenz mit Weisheit und Liebe ein Wille zum Guten ist.

## **Inhalte salutogener Gesprächsführung**

### ***Ärztliches Eingehen auf PatientInnen***

#### **a. der I. Gruppe (s.o.), die eine definierte Dienstleistung will:**

Der Handlungsauftrag des Patienten an den Arzt ist meist ein Ausdruck von Klarheit des Patienten, von Selbstbewusstsein und Autonomie und als solcher unterstützungswürdig. Außerdem fallen unter diese Konsultationen auch die von dem Arzt selbst (wieder-)einbestellten PatientInnen (z.B. zur Befundkontrolle, Anwendung usw.).

Der Arzt tut oft gut daran, die Wünsche der PatientInnen zu erfüllen.

Aber manchmal ist ein klarer Handlungsauftrag auch Ausdruck von überspielter Angst vor Entdeckung einer Krankheit, wie es häufiger wohl bei Sucht und Krebs vorkommt. Auch kommt es vor, dass PatientInnen dem Arzt einen Handlungsauftrag geben, weil sie meinen, dem Arzt damit einen Gefallen zu tun, oder weil sie selbst ihre Erkrankung auf diese Weise handhabbar machen wollen, ohne sich insgesamt mit der Erkrankung und deren mögliche Bedeutung in ihrem Leben zu konfrontieren. Dies kann auch ein unglücklicher Anpassungsversuch eines Patienten an das herrschende Medizinsystem sein.

Da ist es die Aufgabe des Arztes, für solche Ängste oder Verdrängungen sensibel zu sein, zu schauen, ob er den Mitteilungen des Patienten vertrauen kann, und es gegebenenfalls nicht bei der Erfüllung der gewünschten Dienstleistung zu belassen. Dann gehört dieser Patient meist in die 3. Gruppe.

#### **b. der II. Gruppe, die akute Hilfe wünschen**

Diese Menschen sind in ihrem normalen Lebensfluss akut gestört und wenden sich Hilfesuchend an einen Arzt. Sie fühlen sich akut krank oder in ihrem Leben akut behindert und wünschen sich eine möglichst rasche Hilfe bzw. Unterstützung in ihrem Genesungsprozess. Viele von ihnen würden alleine durch Ruhe, Entspannung und Fürsorge schnell wieder genesen, da ihre gesunde Selbstregulation dann wieder funktioniert (also ausreichend salutogenes Potential vorhanden ist).

In diesen Fällen antworten die meisten ÄrztInnen mit einer schnellen symptombezogenen Diagnostik und Behandlung/Bekämpfung der akuten Symptomatik bzw. deren vermeintlicher Verursacher (viel zu oft). Bei diesen PatientInnen hat die Schulmedizin, insbesondere die Notfallmedizin, ihre ‚Wunder‘ vollbracht.

Allerdings: Auch wenn diese PatientInnen in der Regel nicht die kommunikativen Problemfälle in der Praxis sind, kommt es durch Missverständnisse leicht zu einer Reihe von Störungen – nicht selten mit unangenehmen und sogar bedrohlichen Folgen. Z.B.:

1. Der Arzt berücksichtigt nicht die Wünsche bzw. Besonderheiten des Patienten (z.B. nach keinen oder starken Antibiotika; Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen; familiäre oder berufliche Erfordernisse u.a.m.), sondern behandelt die ‚Krankheit‘

- nach Schema Leitlinie (EBM). Dabei kommt es oft zur Rebellion des Patienten, Non-Compliance, häufigeren Nebenwirkungen, Heilungsverzögerungen u.a.m.<sup>13</sup>.
2. Der Arzt übergeht Ängste des Patienten vor ernster Erkrankung oder Nebenwirkungen der Medikamente, was oft zu schlechter Zusammenarbeit und ‚Arzthopping‘ führt und auch bei tatsächlichem Bestehen einer ernsteren Erkrankung zum evtl. folgenschweren Übersehen dieser führt.
  3. PatientInnen berichten nur ein Teil der Symptome und ihrer Entstehungskontexte aus Angst oder aus Rücksicht auf die mangelnde Zeit des Arztes. Dieser fragt nicht nach und übersieht daher eine ernstere Erkrankung, pathogene Faktoren der Umgebung oder salutogene Ressourcen für die Heilung – was jeweils mehr oder weniger üble Folgen hat.

Bei den PatientInnen dieser 2. Gruppe sollte sich der Arzt jeweils einen Eindruck über das **salutogene Potential** des Patienten verschaffen: Wie sind die inneren und äußeren Bedingungen für die Genesung? Hat der Patient die Fähigkeit und Möglichkeit zur Ruhe zu kommen, zu entspannen? Welche Motivation hat er zur Genesung? Hat er ein unterstützendes soziales Umfeld? Ist er in schädigende Abhängigkeiten verstrickt (materiell, körperlich, emotional, kulturell (beruflich, Normen, Werte) oder geistig (Sekte, ‚Aberglauben‘))?

In mangelndem salutogenen Potential und ungesunden Abhängigkeiten liegt meist ein Ursprung für chronische Erkrankungen. Und hier kann eine *präventive* Arbeit der ÄrztInnen auch bei der Behandlung akuter Erkrankungen beginnen, indem sie auf das Vorhandensein bzw. die Stärkung des *salutogenen Potentials* achten.

### **c. der III. Gruppe, mit chronischen Beschwerden**

Die Schulmedizin versucht diese Menschen in der Regel nach dem selben pathogenetischen Denkmuster zu behandeln, wie die PatientInnen der 1. oder 2. Gruppe, was verständlich ist, da ihr Denkmuster bei diesen oft erfolgreich war. Die langjährigen Erfahrungen und die Zunahme chronischer Leiden – extrem z.B. die aktuelle Zunahme der Typ 2 – DiabetikerInnen – machen bei der Behandlung dieser Menschen eine grundlegend neue Herangehensweise notwendig.

Eine gegen die Krankheitsdiagnose gerichtete (pathogenetische) Haltung war bislang bei chronisch Erkrankten im Großen Ganzen erfolglos. Oft scheint diese paradigmatische Haltung durch ihre implizite Missachtung des aktiven, eigenkompetenten Subjektes sogar die PatientInnen von ihren eigenen Gesundheitsressourcen zu entfernen und in ungesunden Lebensgewohnheiten (psychosozialen Abhängigkeiten, Konsumhaltung u.a.) zu verfestigen.

Für diese PatientInnen schlage ich eine neue konsequent salutogene Orientierung der Gesprächsführung vor, da ich hier wirklich Heilungs- und Vorbeugechancen für chronische Erkrankungen sehe, selbst erlebt habe und dies auch in den umfangreichen Studien von Grossarth-Maticek bestätigt finde<sup>14</sup>.

### **Die salutogene Gesprächsführung**

Die salutogene Gesprächsführung für PatientInnen der 3. Gruppe sollte sich m. E. an den folgenden drei großen Gesundheitszielen / salutogenen Leitbildern und deren Zusammen-

---

<sup>13</sup> Grossarth-Maticek, Ronald *Selbstregulation, Autonomie und Gesundheit* (s.o.)

<sup>14</sup> Grossarth-Maticek s.o. ‚Systemische Epidemiologie und präventive Verhaltensmedizin chronischer Erkrankungen‘, de Gruyter 1999

spiel ('Kohärenz') orientieren, die sich aus Entsprechungen und Übereinstimmungen von Antonowsky's, Grossarth-Maticceks und anderen mehr sowie meinen Forschungen ergeben:

- I. Am Willen und Mut zum Leben, zum Guten, an Autonomie, Selbstbestimmtheit, Bewältigungsfähigkeit und Würde
- II. Am freien Fluss der Liebe, am Zugehörigkeitsgefühl, an Wertschätzung und Bedeutsamkeit, Kooperation und Integration
- III. Am Verstehen, Wissen, an Bewusstheit und Weisheit

Das erfordert von der Gesprächsführung individuelles Eingehen auf die aktuellen bzw. chronischen Bedürfnisse und Entwicklungsschritte. Es kann z.B. bedeuten:

- I. Die **Selbstbestimmung**, die Entscheidungen der PatientInnen zu respektieren (u.a. auch die Wahl der Behandlungsmethode) und ihre autonome Selbstregulation zu unterstützen (z.B. Ermutigung zu Eigenaktivität für Wohlbefinden; ihre Kompetenz zur Bewältigung, die Handhabbarkeit von Lebenssituationen wie auch der Erkrankung). Bei lebensgefährlichen Erkrankungen ist es angebracht nach dem Willen zum Leben zu forschen und gegebenenfalls zu ermutigen.
- II. Den Fluss der **Liebe** im Patienten wahrzunehmen, für ihn erfahrbar zu machen und ihn evtl. an seine Liebesfähigkeit und sein Vertrauen zu erinnern (z.B. durch Fürsorge; Mitgefühl zeigen; Bedeutsamkeit spiegeln; das Vertrauen, das er dem Arzt entgegenbringt, in seine Heilung geben; die Beziehung / Liebe von und zu ihren Mitmenschen förderlich ansprechen).
- III. **Bewusstseinsbildung** zu fördern: mein Wissen über die Zusammenhänge der Erkrankung und Möglichkeiten der Genesung den PatientInnen zur Verfügung zu stellen, den Kontext der Erkrankung und Genesung verstehbar zu machen und durch Fragen nach der Bedeutung der Erkrankung das Bewusstsein darüber bilden helfen.

## Struktur salutogener Gesprächsführung

Obwohl die Struktur der Arzt-Patient-Gespräche (s.o.) sich in allen drei Gruppen wiederfindet, ist doch die Gewichtung einzelner Phasen sehr unterschiedlich.

Bei *PatientInnen der ersten Gruppe* besteht die erste Phase in der Begrüßung und Akzeptanz des Patientenwunsches. Meist gibt es schon eine Diagnose, die evtl. noch einmal benannt, salutogenetisch vervollständigt und gegebenenfalls verifiziert werden muss. Der nächste Lösungsschritt / Behandlungswunsch steht schon fest, der Arzt hat ihn evtl. noch einmal auf seine Zweckmäßigkeit hin zu reflektieren - besonders, wenn er die Ressourcen des Patienten mit in seine Therapien mit einbeziehen möchte.

Bei *PatientInnen der zweiten Gruppe* wird aus dem Bericht des Patienten über die Entstehung der Beschwerden ('Jetzt-Anamnese') implizit meist auch schon klar, wie die Ressourcen sind: Ob er vorher noch normal arbeits-/liebesfähig war, sich noch wohlfühlt hat; dass er *wieder* gesund werden möchte - also wieder in seiner gewohnten Rolle in seinen Alltagskontext zurück möchte (gewissermaßen als aktuelles Gesundheitsziel). Der Schwerpunkt in der ersten Phase liegt meist bei der Untersuchung und beim Annehmen der Erkrankung.

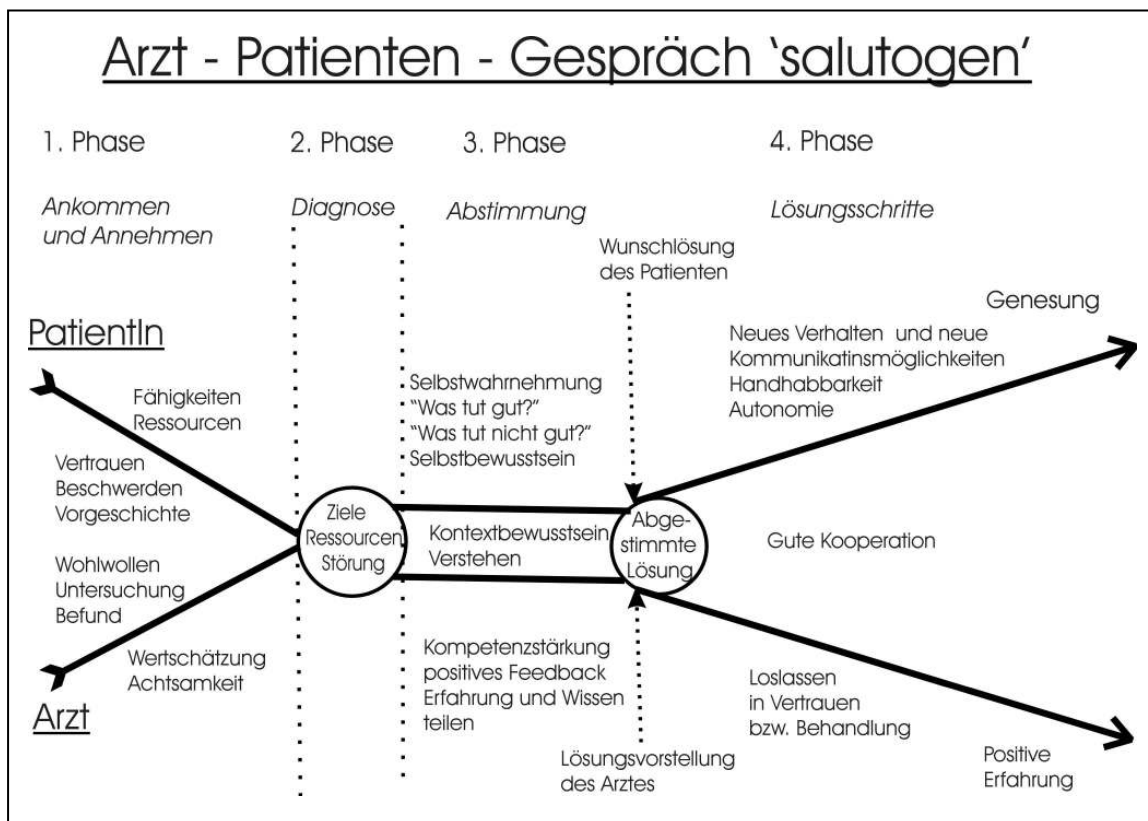
Die Untersuchung ist stark auf die Krankheits-Diagnose ausgerichtet (zweite Phase), was bei PatientInnen in dieser Gruppe oft reicht, weil die salutogenen Ressourcen (das salutogene Potential) oft direkt sichtbar und implizit hörbar sind.

Die Abstimmungs- und die Lösungsphase gehen oft ineinander über, weil es meist relativ überschaubare Therapieansätze und Verhaltensmodalitäten gibt. Hier können allerdings unter Berücksichtigung der salutogenen Ressourcen noch ganz andere Therapieansätze gemacht werden, die zu weniger medikamentöser Verordnung führen.

Bei *PatientInnen der dritten Gruppe*, mit Neigung zu chronischen Erkrankungen, wird die volle Ausschöpfung der Elemente salutogener Gesprächsführung richtig sinnvoll.

In der ersten Phase, dem Ankommen und Annehmen des Patienten, ist der Arzt wohlwollend offen interessiert für die Geschichte, die Befunde, die Probleme, die Stärken und die Wünsche (Absichten, Ziele) des Patienten (ganzheitliche Anamnese und Untersuchung). Der Arzt vermittelt in dieser ersten Phase dem Patienten durch Mitgefühl, Verständnis und Akzeptanz Sicherheit, Anerkennung und Wertschätzung.

In der zweiten Phase wird gewissermaßen als reflektiver Abschluss der ersten Phase gemeinsam mit dem Patienten eine ganzheitliche Diagnose erstellt. Diese beinhaltet die zusammenfassende Symptom- oder Problembenennung, eine Krankheitsdiagnose, die persönlichen Gesundheitswünsche und -ziele (evtl. auf dem Hintergrund der allgemeinen drei großen, s.o.) und die anderen eigenen und fremden vorhandenen und aktivierbaren Ressourcen und gibt eine Richtung für das weitere therapeutische Bemühen vor.



In der dritten Phase kommuniziert der Arzt eine Abstimmung zwischen der subjektiven Selbstwahrnehmung des Patienten ('innere Kalibrierung': Wann fühle ich mich wohl? Was tut mir gut? Was tut mir nicht gut?) und den Erfahrungen und dem gelernten Wissen (EBM) des Arztes über Kontextzusammenhänge der Erkrankung und möglicher Hilfen. Da heutzutage die meisten PatientInnen sich gegenüber ÄrztInnen minderwertig vorkommen, und ihre subjektiven Wahrnehmungen von der Schulmedizin immer noch gering geschätzt werden im Vergleich zur statistisch verifizierten EBM, ist oft eine ausdrückliche Wertschätzung eben der Selbstwahrnehmung des Patienten durch den Arzt erforderlich. In dieser Phase geht es um Austausch und Abstimmung von Erfahrung, Wahrnehmung, Glauben und Wissen.

Aus dieser Abstimmung folgt logisch die Entscheidung für eine gemeinsam abgestimmte Therapie, die *vierte Phase* - die *Lösungsschritte*. In dieser Phase konzentriert sich die Energie ganz auf den Patienten und seine Aktivitäten für seine gesunde Entwicklung. Jetzt wird auch konkret beschlossen, welche unterstützenden Maßnahmen der Arzt zur Genesung beitragen soll. Gegebenenfalls wird der nächste Termin vereinbart. Der Arzt verabshiedet den Patienten und kommt wieder zu sich.

## **Ausblick**

In der oben ausgeführten Gesprächsführung finden wir wichtige Elemente des Autonomietrainings nach Grossarth-Maticsek, deren präventive und therapeutische Wirkung in den prospektiven Heidelberger Interventionsstudien eindrücklich nachgewiesen wurde: 15 Jahre nach einem Autonomietraining von meist 1-3 Sitzungen war die Überlebensrate bei unterschiedlichen Erkrankungen (wie Herzinfarkt, verschiedene Karzinome) doppelt so hoch wie bei Vergleichsgruppen mit jeweils gleicher Risikokonstellation. Oder andersherum: Durch das Autonomietraining brauchten im Zeitraum von 15 Jahren nur etwa halb so viele Menschen an Krebs und Infarkten sterben, wie in Vergleichsgruppen.

Die Wirksamkeit einer Gesprächsführung, die den Fokus auf die Anregung der Selbstregulation richtet, ist also bereits nachgewiesen – worauf wartet die Ärzteschaft noch?

Mit der salutogenetischen Fragestellung: ‚Wie und wodurch entwickelt sich der Mensch in Richtung Gesundheit?‘ beginnt für die heutige Schulmedizin der Industrienationen eine neue Denkrichtung, ein neues Paradigma, welches weit reichende Folgen für die Medizin hat - von der wissenschaftlichen Fragestellung bis hin zum Arzt-Patient-Gespräch.

In einigen anderen Gesellschaftsbereichen wie z.B. der Pädagogik und dem Coaching auch in der Wirtschaft hat sich eine ähnliche Denkweise bereits bewährt. Es gibt viele Hinweise aus Geschichte, persönlichen Erfahrungen und Wissenschaften, dass in den Antworten auf diese salutogenetische Fragestellung große Ressourcen nicht nur für die gesunde Entwicklung einzelner Menschen sondern auch von Gesellschaften liegen.

Eugen Baer (1980): "... der Mangel einer medizinischen Theorie für Heilen zwingt uns vor allem anderen, uns um eine Heilung der Theorie der Medizin zu bemühen.“ Zitiert nach Thure v. Uexküll u. W. Wesiack aus *Theorie der Humanmedizin*

Dabei erscheint es sehr sinnvoll, sowohl die verwendeten Fachbegriffe als auch alle therapeutischen Interventionen unter dem neuen Paradigma konsequent zu hinterfragen und dann der Pathologie einen neuen Platz in einer grundlegend salutogenetischen Lehre von der Selbstorganisation gesunder Entwicklung, in einer Theorie vom Heilen, zu geben.

Theodor Dierk Petzold, Arzt für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren, Akupunktur, Europ. Zert. f. Psychotherapie ECP; Am Mühlenteich 1, 37581 Bad Gandersheim

PS: Die Arbeitsgruppe SaKom®<sup>15</sup> für salutogene Kommunikation hat sich zur Aufgabe gemacht, die gesundheitsbildenden Möglichkeiten der Arzt-Patient-Kommunikation zu erforschen, zu entwickeln und zu lehren. Dazu gibt sie Workshops im Zentrum für Salutogenese bei Bad Gandersheim und in der Hochschule Magdeburg - der nächste findet am 16. April statt. Nähere Informationen können Sie im beim Autor erhalten Tel: 05382-955470 oder unter [www.salutogenese-zentrum.de](http://www.salutogenese-zentrum.de).

---

<sup>15</sup> Diese Arbeitsgruppe SaKom besteht aus Prof. Dr. med. Eberhard Göpel (Prof. für Gesundheitsförderung Magdeburg), Dr. rer.nat. Dipl.Psych. Annette Mulkau (Kommunikationstrainerin, Magdeburg), Elisabeth Möller ((Pädagogin, Schauspielerin, Kommunikationscoach), Theodor D. Petzold (Allgemeinarzt, NHV, Psychotherapie ECP)