

Gesundheit, Partizipation und Empowerment im Gespräch zwischen Arzt und Patient

Ich versuche in diesem Artikel in Thesenform deutlich zu machen, wie das Arzt-Patient-Gespräch mit Gesundheit und Gesundung zusammenhängt und welche Bedeutung hier Selbstbestimmung und Beteiligung der Betroffenen hat. Schon Michael Balint hat vor etwa 60 Jahren gefragt: Wie kann das therapeutische Potential der Arzt-Patient-Beziehung untersucht, erklärt und verbessert werden? Oder wie Balint es in der Einleitung zu seinem Klassiker „Der Arzt, der Patient und die Krankheit“ formuliert „Unser Hauptziel war die möglichst gründliche Untersuchung der ständig wechselnden Arzt-Patienten-Beziehung, d.h. das Studium der Pharmakologie der Droge ‚Arzt‘“.

Zunächst soll in vier Thesen eine grundlegende Sichtweise auf Gesundheit, Gesundheitsförderung, Empowerment und Partizipation deutlich gemacht werden. Weitere fünf Thesen vertiefen die Bedeutung des Arzt-Patient-Gesprächs für Gesundung und Patientenselbstbestimmung. Der Artikel schließt mit Entwicklungsperspektiven für dieses Kernstück der Medizin in Österreich.

These 1: **Gesundheit ist grundlegend und wird vom Menschen selbst produziert**

Die westliche Medizin tut sich traditionell schwer mit dem Begriff der Gesundheit. Ihr liegt eine Orientierung an Krankheit, an deren Be-



Peter Nowak,
Leiter der Abteilung „Gesundheit und Gesellschaft“ bei der **Gesundheit Österreich GmbH**
peter.nowak@goeg.at

kämpfung und Vermeidung zugrunde. Schon 1948 wendete sich die WHO in ihrem Gründungsdokument explizit gegen diese enge Sichtweise und definierte Gesundheit als die perfekte Utopie „des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“. Spätere Definitionsversuche führen zur Formulierung „positive Gesundheit“ bzw. „Wellness“, um auf die von Krankheit unabhängige Dimensionen von Gesundheit, insbesondere körperliche, psychische und soziale Ressourcen, Fähigkeiten und subjektives Wohlbefinden, hinzuweisen.

„Positive“ Gesundheit hat Jürgen Pelikan als Fähigkeit eines Lebewesens definiert, die Überlebensfähigkeit in seiner Umwelt kontinuierlich wiederherzustellen. Krankheit setzt in diesem Verständnis immer (Rest-) Gesundheit voraus. Damit hat neben der Bekämpfung von Krank-

heit auch die gezielte Förderung von „positiver“ Gesundheit zunehmend Bedeutung.

These 2: **Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Selbstbestimmung unterstützt**

In diesem Sinn definiert das grundlegende Dokument der Gesundheitsförderungsstrategie der WHO die „Ottawa-Charta“ Gesundheitsförderung als einen Prozess, der Menschen in ihrer Selbstbestimmung über ihre Gesundheit unterstützt und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt. Bereits in den 1970er Jahren haben Gesundheitswissenschaftler begonnen zu untersuchen, wie (positive) Gesundheit entsteht. So entwickelte Aaron Antonovsky mit „Salutogenese“ eine Theorie, die als Grundlage eines gesunden Lebens das subjektive Gefühl der Kohärenz des eigenen Lebens beschreibt. Dieses Kohärenzgefühl enthält dabei drei zentrale Aspekte: die Verstehbarkeit des eigenen Lebens, die Handhabbarkeit und die Bedeutsamkeit. Alle drei Aspekte tragen zur Selbstbestimmung über das eigene Leben bei.

These 3: **Empowerment als die zentrale Strategie der Gesundheitsförderung**

Die Diskussionen, die die Ottawa-Charta ausgelöst hat, übernahmen das Konzept des „Empowerments“, um die Unterstützung zur Selbstbestimmung zu diskutieren. Für den

Begriff des Empowerments gibt es bis heute keine allgemein akzeptierte Definition. Dennoch können wir im Kern einen sozialen Prozess identifizieren, der den Menschen hilft, Selbstbestimmung über ihr Leben zu erlangen. Der Empowermentprozess beinhaltet individuelle, interaktionale, organisationale und politische Entwicklungsdimensionen, in denen Menschen in ihrer Selbstbestimmung unterstützt werden können. Vereinfacht kann Empowerment als ein Prozess gesehen werden, der Menschen hilft, über Ressourcen und Entscheidungen, die ihr Leben bestimmen, Kontrolle zu erhalten.

These 4: Partizipation (von Laien) als zentrale Strategie des Empowerments

Der Begriff der Beteiligung oder Partizipation wird ähnlich wie der des Empowerments bisher sehr unterschiedlich verwendet. Wir schlagen vor, den Begriff „Partizipation“ für einen sozialen Prozess zu reservieren, in dem betroffene Personen/Gruppen, die nicht wegen ihres Expertenstatus oder formaler Legitimation ohnedies eingebunden sind, Einfluss auf Prozesse der Meinungsbildung, Entscheidungsfindung, -umsetzung und -bewertung erhalten. Partizipation an Entscheidungsprozessen kann damit als eine wesentliche Strategie der Selbstbestimmung über das eigene Leben und somit der Gesundheitsförderung gesehen werden. Dies gilt nicht nur für individuelle Entscheidungen, sondern auch für die Beteiligung von Betroffenen an kollektiven Entscheidungen. Die Qualität des Partizipationsprozesses kann dabei nicht nur entsprechend der ausgeübten Entscheidungsmacht, sondern auch in Hinblick auf die zeitliche Gestaltung (Zeitpunkt und Phasen der Einbeziehung) und der vertretenen

Inhalte beurteilt werden. Gerade die Möglichkeiten der Partizipation in unterschiedlichen Gesprächsphasen der Arzt-Patient-Interaktion sind daher für die Gesundheit von Patienten zentral.

These 5: Partizipation als paradoxe Aufforderung im traditionellen Arzt-Patient-Verhältnis

Besondere Bedeutung und auch Problematik erlangen Partizipationsprozesse in der professionellen Betreuung (z.B. Krankenbetreuung), die charakteristischerweise Laien durch Loyalität an die betreuenden Experten bindet. Vertrauen und Loyalität sichern die professionelle Leistung für die Laien. Beteiligung von Laien an Behandlungsentscheidungen ist als Strategie des Empowerments im Sinne der Gesundheitsförderung zu fordern, aber widerspricht einem paternalistischen Rollenverständnis von Arzt und Patient und könnte das notwendige Vertrauen der beiden Interaktionspartner untergraben. Vertrauen ist ja auch eine Voraussetzung für gemeinsame Entscheidungsfindung und eben auch Ergebnis der Einbeziehung von Patienten in die Entscheidungsfindung. Hier fordern viele Forscher die Weiterentwicklung einer paternalistischen Medizin zur patienten-zentrierten, interaktiven Aushandlung zwischen autonomen Partnern. Gleichzeitig weisen einige Forschungen darauf hin, dass trotz dieser Forderungen in der klinischen Praxis der „informierte“ und „empowerte“ Patient wenig zu beobachten ist und häufig und gerne dem Arzt die Kontrolle überlassen. Wie kann das Paradoxon von Loyalität und Autonomie in der Patientenbeteiligung verstanden und in einer patientenorientierten Versorgungspraxis im Gesundheitswesen Fuß fassen?

These 6: Arzt-Patient-Interaktion ist das „Herz der Medizin“

Zunächst noch einmal zurück zu den Grundlagen: Warum hat die Arzt-Patient-Interaktion Bedeutung für die Krankenbehandlung bzw. Gesundheit? Manche sehen im Arzt-Patient-Gespräch zurecht das „Herz der Medizin“: den weitest- und größten Teil seines Berufslebens verbringt ein Arzt im Gespräch mit seinen Patienten. Aus mehr ökonomischer Sicht ist das Gespräch zwischen Arzt und Patient der „Kern des Leistungsprozesses im Gesundheitswesen“.

Hier werden:

- die meisten Diagnosen erstellt
- Behandlungspläne entwickelt und entschieden
- Ökonomisch folgenreiche Entscheidungen des Gesundheitswesens getroffen (Verordnungen, Überweisungen, Krankschreibungen,...)
- ein Teil der psychosozialen und kognitiven Grundlagen für die aktive Beteiligung des Patienten am Selbstmanagement seiner Behandlung (und damit für den Behandlungserfolg) geschaffen.

These 7: Arzt-Patient-Gespräch und Therapie ist immer Koproduktion

Anstatt einer einseitigen Vorstellung der Heilung und Steuerung durch den Arzt scheint eine passendere Sichtweise die gemeinsame Realisierung von Gesundheit oder „Koproduktion“ zwischen Arzt und Patient zu sein. Nicht die mehr oder weniger ernst gemeinte Forderung nach einer „Partnerschaft“ zwischen den handelnden Personen tut not, sondern die Einsicht, dass der Arzt in seinem therapeutischen Handeln immer auf das Verstehen und Handeln des Patienten angewiesen bleibt und Ko-

produktion unweigerlich stattfindet. Gesundung ist aus dieser Sicht immer das Ergebnis von Selbstheilung, während Therapie die Unterstützung der Selbstheilung darstellt.

These 8:

Das Arzt-Patient-Gespräch ist ein therapeutisches Instrument

Schon in der Antike hat Antiphon von Athen (480-411 v. Chr.) den Gesprächsprozess mit Patienten selbst als wesentliches therapeutisches Mittel eingesetzt. Auch in der Placeboforschung wird das Arzt-Patient-Gespräch als „ein machtvoller Auslöser für Selbstheilungsprozesse“ gesehen. Diese heilenden Effekte von Arzt-Patient-Gesprächen können aus Sicht der Gesundheitsförderung und Salutogenese auf Prozesse des Empowerments, der Beteiligung und der Selbstbestimmung von Patienten im Gespräch zurückgeführt werden.

These 9:

Was kann Selbstbestimmung des Patienten im Gespräch meinen?

Selbstbestimmung im Gespräch meint, den Patienten in wesentlichen Gesprächsphasen angemessen zu beteiligen. Die professionelle Verantwortung des Arztes liegt zunächst darin, die individuellen Beteiligungsbedürfnisse und -möglichkeiten auszuloten und dann dem Patienten entsprechende Beteiligungschancen einzuräumen, dies betrifft insbesondere folgende Bereiche:

- Welche Informationen der Patient wie gibt (selbstbestimmte Antworten und Beiträge)
- Welche Informationen der Patient wie vom Arzt erhält (selbstbestimmte Fragen)
- Ob Entscheidungen getroffen werden und wer welche Entscheidungen wie trifft (selbstbestimmte Entscheidungsrolle)
- Welche Gesprächsverfahren ein-

gesetzt werden: Fragetechnik, Geschichten erzählen, Umgang mit zeitlichen Ressourcen, Verwendung von Fachsprache etc.

- Zu beachten sind insbesondere entmündigendes Gesprächsverhalten des Arztes: Unterbrechen, Übergehen, Bagatellisieren, Abwiegeln, Gegenfrage, Vorwerfen, Maßregeln, Anweisen etc.

Die Aufgabe, den Patienten in der Gestaltung des Gesprächs zu unterstützen, bleibt dennoch zentrale professionelle Aufgabe des Arztes, für die entsprechende kommunikative Fähigkeiten ausgebildet und unterstützende Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen.

These 10:

Entwicklungsinitiative für eine „Gesunde Kommunikationskultur“

Die bisherigen Thesen zeigen die Bedeutung der ärztlichen Gesprächsführung für die Gesundheit und Gesundung des Patienten. Es zeigt sich, dass die ärztliche Gesprächsführung nicht nur ein wesentliches therapeutisches Instrument ist, sondern auch eine potentielle Gesundheitsförderungsmaßnahme. Das Gespräch mit dem Patienten könnte zum Ort der „Reorientierung der Gesundheitsdienste“ auf Gesundheit und Selbstbestimmung der Menschen werden. In einer aktuellen Grundlagenarbeit zur Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung konnten wir bestätigen, dass Gespräche zwischen Arzt und Patient für das zukünftige Gesundheitswesen hoch relevant sind. Gleichzeitig zeigen aktuelle Studien, dass die Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung mangelhaft ist und weitreichende Maßnahmen zur Verbesserung der Gesprächsqualität notwendig sind, die über die Ausbildung von Ärzten hinausgehen. Die internationale Diskussion zeigt, dass die kommunikative Ausbildung der

Medizinstudenten sich inzwischen wesentlich verbessert hat, aber die Rahmenbedingungen und Prioritäten im Behandlungsalltag kaum befriedigende Gesprächsverläufe zulassen.

In der Umsetzung des Rahmen-Gesundheitsziels 3 „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ haben daher das Gesundheitsministerium und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eine neue Initiative zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung gesetzt. Geplant ist, dass eine Expertengruppe für die laufende Gesundheitsreform zentrale Handlungsfelder auswählt und auf ihre Akzeptanz für eine Umsetzung in Österreich prüft.

Es wird gesundheitspolitischer Entwicklungen (z.B. Weiterentwicklung der Patientenrechte, finanzielle Anreize für qualitätsvolle Kommunikation) bedürfen, aber auch Maßnahmen der Organisationsentwicklung in den Gesundheitseinrichtungen (z.B. angemessene Personalbedarfspläne, Einsatz von Leitfäden) und der Personalentwicklung bei den Gesundheitsprofis (insbesondere in der praktischen Ausbildung), aber auch auf Seiten der Patienten. Die Unterstützung der Massenmedien wird es insbesondere für die Stärkung einer selbstbestimmten Patientenrolle brauchen. In allen diesen Strategien ist die maßgebliche Beteiligung von Patienten und ihrer Vertreter (Selbsthilfe und Patientenanwälte) sinnvoll und erforderlich, um tatsächlich patientenorientierte Lösungen zu finden.

Dies ist eine gekürzte und aktualisierte Fassung eines Artikels der 2011 im Balint Journal 12/01, S.8-14, unter dem Titel „20 Thesen zu Gesundheit, Partizipation und Empowerment im Gespräch zwischen Arzt und Patient“ erschienen ist.

Ich danke meiner Kollegin Marlene Sator, die meine Arbeit vielfach unterstützt und verbessert hat und mit der mich die Vision einer grundlegenden Reorientierung des Gesundheitswesens verbindet.