



Arzt-Patienten-Beziehung

Strukturierte Interaktionsanalyse

mit Beispielen aus der Suchtmedizin

MARTIN ERDMANN

Schlüsselwörter: Arzt-Patienten-Beziehung; Interaktion; Intentionalität; Handlungstheorie; Suchtmedizin

Einleitung

Die Arzt-Patienten-Beziehung gehört zu den am besten bestätigten Wirkfaktoren in der Psychotherapie (Böttcher 2014, S. 30). Für die hausärztliche Medizin wird dies ebenfalls unterstellt und auch immer wieder qualitativ (z. B. Rüter 2013, Böttcher 2016) beschrieben, normativ konzeptualisiert (z. B. Petzold 2015, S. 400f; Rüter 2016) oder evaluativ untersucht (z. B. Brenk, 2016, S. 103f). Die dabei in den Blick genommen Funktionen und Phänomene der Beziehung lassen sich zuordnen nach fachspezifischen Faktoren und Rollen oder mehr psychodynamischen Erlebnis- und Beziehungsfaktoren (Oevermann 2001, S. 259f). Zu dieser zweiten Gruppe gehören auch psychosomatische Ansätze (z. B. Balint 1970, 1975. S. 143f).

Das Thema Arzt-Patienten-Beziehung ist durch verschiedene analytische Ansätze erschlossen worden, die für meine Untersuchungen Anregungen gegeben haben (siehe Tabelle 1). Den Anspruch, gute Arzt-Patienten-Beziehungen zu pflegen, nimmt wohl jede/er ärztlich oder therapeutisch Tätige an. Die Erfüllung dieses Anspruches kann jedoch hinter ihrem Ideal zurückbleiben, wie meine eigene hausärztliche Erfahrung, die Erfahrung in Balintgruppen und die Literatur zeigen.

In der Suchtmedizin stellt sich nachhaltige Beziehungsarbeit als besondere Herausforderung dar. Neuroplastizitätsgestützte Sucht- und Regressionsmuster haben sich durch Zusammenstreifen von kognitiven und emotionalen Ereignissen zu „Auto-

bahnen“ verfestigt und stabilisieren zusammen mit der sozialen Devianz den Status quo, behindern dabei aber die Offenheit für neue Wege und alternative Lösungen zur Konfliktbewältigung und Integration in ein „normales“ Leben.

Man kann für den Euphemismus „Autobahn“ auch die Begriffe Narben und Widerstandssysteme setzen, um diese Erfahrungen mit psychodynamischen Aspekten zu verknüpfen. Ein nicht unwesentlicher Teil der sucht-

medizinischen Therapie ist der Aufgabe gewidmet, Trigger und „*Now-Momente*“ (Stern 2010) des Umschaltens in den Drogenweg zu entkräften und Alternativen

zu erarbeiten (Skill-Training, Psychoedukation, Motivation). Es käme darauf an, die Komponenten, die in den neuronalen Netzen zusammenwirken, je einzeln und alle zusammen auf neue Wege zu führen und so neue Verknüpfungen zu ermöglichen und einzuüben, die die Lebenswelt selbstwirksam umgestalten, sodass sich neue Wege neben den fatalen etablieren können. Die Suchttherapie stellt insgesamt einen Übergangszustand dar, in dem faktisch kontradiktorische Entscheidungs- und Zielmuster bei den Betroffenen koexistieren. Für die Therapie ist viel gewonnen, wenn die Patienten Engagement für Ziele außerhalb der Suchtmuster und die Bereitschaft aufbringen, damit verbundene Konfliktspannungen auszuhalten. Kann Beziehung dabei helfen? Drei Fallberichte geben Einblick.

Für die Therapie ist viel gewonnen, wenn die Patienten Engagement für Ziele außerhalb der Suchtmuster und die Bereitschaft aufbringen

Tabelle 1: Theoretische Beziehungs-Modelle

Nachrichtenmodell	Beziehung konstituiert sich über den Austausch von Nachrichten. Die Analyse der mehrdimensionalen Referenz der Nachricht gibt Einblick in Pragmatik und Hintergründaspekte der Beziehung (Schulz-von-Thun).
Subjekt-Objekt-Modell	Arzt-Patienten-Beziehungen können nicht nur als Subjekt-Objekt-Beziehungen, sondern auch partizipativ als Subjekt-Subjekt-Beziehungen oder in der Haltung des Verstehens als „Objekt-Subjekt-Beziehung“ (Vgl. Dörner, S. 79-83) auftreten und analysiert werden.
Übertragungsbeziehung	In den Strukturen der aktuellen Beziehungen wiederholen sich Prägungen und nicht verarbeitete Konflikte zu den primären Bindungspersonen der Kindheit, die Gegenübertragungen bei Ärztin/Arzt auslösen. Sie sind das Arbeitsmaterial in der Psychotherapie.
Situationskreis	Thure von Uexkülls Erweiterung des Funktionskreismodells von Jacob von Uexküll durch eine Zwischenschaltung der Vorstellung mit den Funktionen der Bedeutungserteilung (Merken) und –verwertung (Wirken).
Begegnungsmoment	Beziehungen werden mit implizitem prozeduralen Wissen der Beziehungspartner gesteuert, deren Prägungen in Begegnungs-Momenten bewusst werden können als Charakteristik ihres je eigenen Andersseins (vgl. Stern).
Doppelte Reziprozität in der Arzt-Patienten-Beziehung	Gesprächspartner haben ein Wissen gegenseitiger Anerkennung und Wertung. Ärztliche und therapeutische Verantwortung ist, Patientenautonomie in dieser Dialektik der Anerkennung zu stützen (Charon 2012).

Fallberichte

Bericht 1: Michael – Selbstwerdung als Attraktor

Michael ist ein guter Handwerker und verdient sein Geld selbst. Er ist freundlich, tadellos gekleidet, besucht eine Gemeinde und singt in einem Chor. Aber er zieht sich leicht zurück. Von seiner Drogenabhängigkeit fühlt er sich betrogen wegen des schlechten Gewissens, das sie macht. Wie oft saß er vor mir, den Kopf gesenkt, die Hände auf den Knien gefaltet, stammelnd. So teilte er mir seine Fehlritte mit. Wir traten zwei Jahre auf der Stelle, ich mit meiner idealisierenden Empathie, er mit seiner Beichte. Aber eines Tages wechselte ich die Szene. Ich ging aus dem Kontakt zu seiner Betrübnis, lehnte mich an die Arbeitsplatte im Labor und imitierte szenisch und lautlich seine Haltung, sagte dabei aber: „Ihren Konsum, da kümmern sie sich mal selbst drum!“ Ich sah und hörte ihn aufatmen. Bei den nächsten Drogentests über 4 Wochen fand sich erstmals kein Kokain mehr und nach einem 4-monatigen Rückfall ist das bis heute sechs Jahre so geblieben. Ich vermute, seine Vaterübertragung auf mich war in der Prozedur seiner Geständnisse fixiert und das wurde ihm durch meine Reaktion gespiegelt. Erleichtert aus meiner – ihn in seiner Wirklichkeit festhaltenden – Gegenübertragung herausgetreten, konnte er die Attraktivität des eigenen Willens ergreifen.

Bericht 2: Özkan – Kairos, gemeinsames Schweigen und eine Parabel

Die besten Gespräche mit Özkan fanden im Stehen statt. Dabei war er immer angespannt, in den ersten Gesprächen aggressiv mit leidenschaftlich getönten Äußerungen über Kasseler Drogenpolitik. Ich nahm ihn trotzdem ernst und bot ihm Möglichkeiten zu gemeinsamen Fragestellungen an. Es fiel aber sehr auf, dass er immer wieder aus dem Kontakt dadurch ausscherte, dass er

durch Bewegung für Spannungsabfuhr sorgte. Man hatte mich gewarnt, ihn aufzunehmen, weil er aus mehreren Praxen wegen Gewalttätigkeit herausgeflogen war. Özkan trat immer wieder schwerfällig von einem Bein aufs andere, den Rumpf ausladend hin und her wiegend, die energischen Bewegungen seines muskulösen Körpers imponierten, wankend von Bein zu Bein, wie ein kleines Kind bei breitbeinig ersten Schritten. Es gelang dennoch, die Beziehung immer wieder aufzunehmen. Einmal kam er höchst frustriert und man konnte ihn nur geringfügig auflockern: „Ihr Regenschirm?“ Ich zeigte auf seine Schirmmütze, triefend nass, tief ins Gesicht gezogen, der Bart unrasiert, der Blick zu Boden. Ja die sei noch vom Regen gestern feucht. Wieder diese Unruhe. Später sagte er, sein morgendliches Aufraffen und der Gang zur Vergabe und zur Arbeit erfrische, gebe ein gutes Gefühl, Stärkung.

Aber es drang langsam durch, dass er immer mal wieder stehen blieb und Fragen stellte oder etwas erzählen wollte. Warum wird man süchtig? Kann man ganz frei werden? Kann ich eine Umschulung machen? Und dann bat er mich einmal, etwas sagen zu dürfen: seine Einsamkeit und Sehnsucht nach Liebe. Ich saß im Labor, er stand, aber sein Schwanken hörte auf. Stattdessen setzte er immer neu seinen Gedanken an und eine Viertelstunde lang liefen am Ende Tränen der Verzweiflung. Wir achteten das beide zustimmend und stumm, um gemeinsam unserer Hilflosigkeit Raum zu lassen. Nachher verabschiedete er sich mit einem offeneren Blick, Zuversicht und Seelenwärme.

Nach diesem ersten Wendepunkt zur positiven Besetzung von Affektkontrolle kam noch eine Beziehungsressource ins Spiel. Es zeigte sich nach dem völligen Verschwinden der Unruhe ein Übergang zu einem gemäßigten Zeigen von Emotionen. Er erinnerte sich selbst an seine vergessene einstige Rolle als Vorbild für seine Brüder, die ihn seiner Verantwortlichkeit wegen so geschätzt hatten. Er fand also wieder Kontakt zur eigenen Struktur.

Zuletzt blieb er einmal stehen und fragte mich, warum er so unruhig sei bei manchen Menschen, z. B. auch bei seiner Mutter. Er müsse dann immer bald weggehen. Ich schlug ihm vor, dies an folgender Überlegung selbst zu prüfen: Es werde, was geschieht, immer erst gut, wenn es dem Inhalte und dem Gefühlswerte nach zusammen richtig sei. Es könne doch sein, dass er dies bei jenen Menschen nicht zulasse. Wenn er das aber könne, dann könne er vielleicht dableiben und die Leute auch mögen. Da leuchteten seine Augen auf: „Ich weiß, was Sie meinen: Gestern war so eine Situation. Ich war mit einer Frau ins Gespräch gekommen und habe das zugelassen. Es wurde sehr nett. Wir haben uns stundenlang unterhalten.“ So stand ich ihm für einige Schritte zur Seite.

Bericht 3: Markus – ein Roma als Lord

Von den drei Roma, die in meiner Substitutionspraxis behandelt wurden und die mich ihrerseits auch gut behandelt haben, sind alle an Drogen gestorben. Sie alle haben große Achtung und auch Sympathie in der Szene genossen. Obwohl jeder schon mal von ihnen bestohlen worden war, war auch jedem von ihnen entgegenkommend, tröstend und in Not geholfen worden. Nein, man ließ auf sie nichts kommen.

Ausgeschlossen aus seinem Clan, hatte Markus treu zu seiner langjährigen Frau gestanden, bis sie an inoperablem Darmkarzinom qualvoll verstarb. Mit seinen edlen Gesichtszügen, in dessen ruhigen Augen sich Heiterkeit und Verbitterung zu einer spöttischen Tönung verbanden, blieb er trotz freundlichen Umgangsformen immer leicht distanziert, unzugänglich. Aber etwas kam erschwerend hinzu. Er war neben Heroin von einem Medikament abhängig geworden, das enthemmt und Angst nimmt. Deshalb macht es bei Überdosis aus Menschen Tiere, mitunter reißende Hunde ohne Hemmung (die schwersten Gewaltverbrechen in der Szene sind so zu erklären) oder torkelnde Affen, die über Tische springen und an der Lampe schaukeln. Markus wurde so ein Affe. Lallend, durch den Raum tapsend und torkelnd, unansprechbar – schüttete er mir während der psychoedukativen Gruppe seinen Kaffee beinahe in den Kragen. Noch durch den Tumult dieser Kaffeegabe erreicht mich heute ein Zuruf von Sympathie im Gewande eines Symptoms: In ihm werden der Gefühlsausdruck suspendiert und die Reifung aufgeschoben (Schüffel, S. 437), aber Markus kann – als tapsiges Kind – den Arzt psychodynamisch als Übergangsobjekt installieren und grammatisch als Objekt (Dörner, S. 79-83) exponieren, um Emotionen, die das Leben ausgetrieben hatte, doch zu zeigen.

Nach seinem Tod erschien seine Mutter in der Praxis, um „den Arzt kennenzulernen, von dem ihr Sohn immer so achtungsvoll gesprochen hatte.“ Ihr Bericht öffnete mir die Augen vor dem, was der Lord nie anzusprechen für ehrhaft gehalten hatte:

Markus ist als Kind vom Vater missbraucht worden, seine Kinderworte waren „musste Vater anfassen“, worauf die Mutter nicht wusste, was tun. Später hat er die gewaltsame Ermordung des Vaters mitbekommen. Der Vater hatte die Kinder selbst an Drogen gebracht.

Als nach dem Tod des Vaters ein neuer Mann ins Haus kam, hat der 17-jährige Markus seine Beschützerrolle der Mutter gegenüber und Vorrang auch gegenüber dem jüngeren Bruder verloren. Später war dieser Bruder an Drogen gestorben. Aus dieser Deklassierung sei er in die Kriminalität abgerutscht. Verschiedenste Arten des Hintergehens habe Markus geübt und nach dem allen wisse sie heute nicht, ob sie noch ihre Taschen durchsuchen müsse. Dennoch behalte sie das Gefühl, dass Markus ihr gegenüber korrekt gewesen sei, nicht aber gegenüber sich selbst. Markus habe auch Überfälle gemacht und einmal eine Kassiererin mit einem Messer am Hals bedroht, ein Vorgang, der den Mord an seinem Vater imitiert habe, dem einst die Kehle durchgeschnitten worden war. Nach Markus Freispruch mangels Beweisen habe sie das von Markus erfahren. Sie beendet ihren Bericht mit: „Was für ein Glück, dass ich das Messer weggeschafft hatte.“

Es war eine Ahnung. Auch sie konnte mit seiner Sprache der Symptome nicht umgehen. Das heißt aber nicht, dass wir nicht gefordert wären, deren Bedeutsamkeit zu verstehen. Das Protokoll über die Beziehungsstruktur zeigt Dominanz für „Raum geben“, der Raum wurde aber gefüllt mit Rationalisierungen, die Begegnung blieb formell und in meiner Haltung des Containments blieben viele Fragen offen, gute Wünsche kamen nicht an.

Es blieb eine junge Frau zurück, die sich gerade in Markus verliebt hatte. Man sah die Beiden in der Stadt immer stolz auf dem Fahrrad, wo sie bei ihm auf dem Lenker saß. Im letzten Gespräch hatte er sie mir vorgestellt. Sie wollten zusammen zur Entgiftung gehen, und Markus erläuterte, das wollten sie zusammen tun, er mache es aber für sich.

Die Forschungsfrage im hausärztlichen Setting

Kann also hausärztliche Beziehungsgestaltung ein Wirkfaktor für den Therapieerfolg sein? Die Berichte mit gelingenden und scheiternden Beziehungen sprechen wohl jeden an. Kann, wie in der Psychotherapieforschung nahegelegt, der Beziehungsfaktor selbst ein unabhängiger Wirkfaktor neben dem der spezifischen Behandlungstechnik sein (Bötticher, S. 30f)?

In der hausärztlichen Sprechstunde fließen Beschwerden und Krankheiten, Befunde, Geschichte der Krankheit und Arzt-Patientenbeziehung sowie therapeutische Interventionen ineinander über. Daher werden Beziehungen zu einem „*interpenetrating mix-up*“ (Balint 1968, zit. N. Elder 2017). Das gilt auch für die „Passung“ (vgl. Volck) als Grundeinheit der ärztlichen Beziehungsgestaltung, die unseren mikroszenischen Querschnittsanalysen hausärztlicher Arbeitstage in der Arbeitsgruppe HAMLET zugrundegelegt war (vgl. Volck). Daher war es interessant, die selbst noch in der Passung liegende Komplexität zu erschließen.

In handlungstheoretischer Sicht wird Komplexität durch Intentionalität oder Zielorientierung geordnet. Diese Ordnungsfunktion ist der springende Punkt der Beziehungsarbeit. Was geschieht dabei?

Um das zu verstehen, waren die in der Sprechstunde tatsächlich gelebten Beziehungen zunächst zu dokumentieren, um sie als „Tatsachen“ auf ihre Eigenschaften und intentionalen Hintergründe hin zu analysieren. Die gesammelten Eigenschaften wurden dann kategorial strukturiert. Das Ergebnis ist die als Auswahlfragebogen in die elektronische Patientenakte integrierte Strukturierte Interaktionsanalyse SIA (Tab 2.1 und 2.1.).

Strukturierte Interaktionsanalyse

Die SIA ist ein elektronisch in die Patientenakte implementierter Auswahlfragebogen, der bei laufender Praxis unmittelbar nach der Konsultation in 2 – 3 Minuten min zur Selbstkontrolle bearbeitet werden kann und damit in der Akte dokumentiert ist.

Der Sammlung der Beziehungsdaten liegen zunächst drei Schritte zugrunde.

1. Die Restriktion der Beziehung auf Interaktionsereignisse.
2. Die Restriktion der Interaktionen auf Interventionsereignisse. Diese waren kleinste, leicht identifizierbare und typisierbare Strukturmomente der Beziehung.
3. Diese Restriktion ermöglichte wieder die Erweiterung der Intervention durch die parallel erhobenen Daten zu Haltung, Modus, Rhetorik und Inszenierung, die als weitere Kategorien neben die Kategorie Interventionstyp gestellt werden mussten, da die Beobachtung erwies, dass sie unabhängig vom Interventionstyp waren.
4. Als vierter Schritt erfolgte die Dokumentation der „Subjektivität“, des Erlebens, der Prädispositionen und der Intentionen. Er zeigt die Interaktion von ihrer inneren Außenseite: Ich habe getan, bin aber auch noch anders. Dieser – logisch gesprochen modale – Rest von Intentionen, Vorbehalten, Widerständen und Ressourcen bleibt im Hintergrund des Fokus der Interventionen.

Wenn wir uns für eine rationale Handlung entscheiden, haben wir vernetzte Intentionen vor uns, die nicht in gleicher Deutlichkeit das ganze Spektrum von Präferenzen und Abneigungen als Hintergrund-Intentionen sichtbar werden lassen. Die Frage steht nach der *“dynamic between foreground goals and background goals, both of which are being activated via situational cues. Whereas foreground goals mainly govern perception, the activation of knowledge, and behavior, background goals can still exert an influence, either strengthening or weakening the grip of the focal goal on processes of cognition and behavior.”*(Kronenberg 2012, S. 85)

Diese Züge des subjektiven Erlebens und der Hintergrundintentionen leiten rekursiv zur Kennzeichnung der Interaktion zurück. „Subjektivität“ ist einerseits vom handelnden oder grammatischen Subjekt her zu verstehen und als Ursache und Grund einer Handlung. Andererseits ist Subjektivität verflochten mit Hintergrundbedingungen, Gewohnheiten und Intentionen, aber auch mit heterogenen Einflüssen, deren passives Objekt sie und die Handlung gewissermaßen ist. In dieser Spannweite von Subjektivität wirkt das ursprüngliche griechische Wort für Subjekt, nämlich „Hypokeimenon“ als das unerschlossene Zugrundeliegende, integrierend. Das subjektiv Zugrundeliegende einer Handlung ist viel umgreifender als der buchstäbliche Inhalt und Sinn einer Handlungsintention. Als dieser unerschlossene Hintergrund ist sie beteiligt an der Komplexität ordnenden *Kausalkraft* (Davidson 1973, S. 99) der Intention.

Ergebnisse

Die strukturierte Analyse vermittelt deutliche Eindrücke von diesen umgreifenden subjektiven Hintergründen. Man muss sie für kausal halten, kann sich aber durch Erkenntnis emanzipieren. Das ärztliche Handeln ist Hintergründen ausgesetzt, denen gegenüber es dennoch Freiheit besitzt. Die Einsicht dieser Ausgesetzttheit gehört zu den irritierendsten, die der Freiheit zu den ermutigendsten Einsichten dieser Arbeit an der Beziehung.

Querschnittsanalysen zeigten eine überraschende Bedeutung der Tagesstimmung. Meine Zufriedenheit korrelierte mit empathisch-dialogischem Verhalten und Zuhören; Gereiztheit mit direkter Gesprächsführung, Rationalisieren und Distanz. Bei sehr kurzen Kontakten stach das besonders hervor, vielleicht wurde es nicht gemildert durch Würde und Achtsamkeit auf den Anderen.

Das Fortschreiten der Analyse vom Problem über Interventionen zur Subjektivität hebt die Form in Hintergrundabsichten und Befangenheiten auf, verändert ihre Bedeutung. Im 1. Fallbericht war die Intervention formal eine Konfrontation im Imperativ: „Kümmern Sie sich mal selbst darum!“ Aber Modus, Szene und Haltung waren vom Patienten her mitbestimmt, subjektiv von Anerkennung und Zuversicht geleitet und in der Intention auf Selbstwirksamkeit des Patienten gerichtet. So wurde

TAB 2.1
SIA Strukturierte Interaktionsanalyse – Intervention

Anlass	Intervention	Psychodynamik
Grund des Kommens	INTERVENTIONSTYP:	Symptom
Narrativ	MODUS:	Konflikt
Problem	SZENE:	Psychodynamik
	HALTUNG:	Wirkfaktor
	REFERENZ:	

Die Tabelle 2.1 zeigt die Parameter und ihre Einordnung in den hausärztlichen und den psychodynamischen Kontext. Die aufgeführten Kategorien zur Intervention sind mit je 6-8 Auswahlantworten hinterlegt, auf deren Darstellung hier übersichtshalber verzichtet wird.

TAB 2.2. SIA Subjektivität – vorfindliche intentionale Hintergründe

Beziehungshaltungen	Interaktion (CARE)	Intuitives Zielmodell
Raum nehmen	Empathy:	Begegnungsmoment (Stern)
Geltung	Comfort:	Wachstum: anregen/hemmen/indifferent
Zuneigung	Accept:	Gefühl: Zentrieren/weiten/indifferent
Anlehnung	Responsiveness:	Struktur: Entwickeln/festigen/indifferent
(Arbeitskreis OPD, S. 196)	(Myerscough 1996, S. 57f)	

In der Tabelle 2.2. werden die Hintergründe retrospektiv auf ihre Ausprägung geprüft nach Beziehungshaltungen, andererseits nach Interaktionsmodi, die orientiert sind an den von Myerscough unter dem Akronym CARE normativ zusammengefassten Fähigkeiten. Diese Fähigkeiten Comfort (C), Accept (A), Responsiveness (R) und Empathy (E) (Myerscough 1996, S. 62f) erscheinen im retrospektiven Blick als Merkmale von Tatsachen. Als solche Merkmale hängen sie nicht nur, aber viel stärker als die Fähigkeiten selbst – von der Beziehung ab, also auch von Wirkungen und Resonanz zwischen den Beziehungspartnern.

aus einem Imperativ eine Einladung und eine inspirierende Begegnung!

Im Fallbericht 2 über Özkan hatten die Beziehungsmodi eine sehr positive Ausprägung. Die Interventionsformen des Zuhörens und des Containments waren nur ein Rahmen. Akzeptanz, Empathie, Zuhören, Schweigen und der „offene Raum“, der „Gelegenheit gibt, die Konsequenzen des Begegnungsmomentes zu assimilieren“ (Stern 2012, S. 69), waren das Bewegende und eigentlich Bedeutsame in dieser Beziehung.

Im 3. Fallbericht über Markus hat sich die Bedeutung der Interaktion in der Epikrise offenbart. Die Verurteilung „Affe“ (aus dem Tumult in der Gruppensitzung) konnte der Idee weichen, dass Markus erst unter dem Schutz seines enthemmten Bewusstseinszustandes seinen primär narzisstischen Gefühlen gegen den Arzt einen warmherzig getönten Ausdruck geben konnte. Wir sollten die Ausdruckswerte auch bei verminderter Zurechnungsfähigkeit nicht übergehen und in die Behandlung einbeziehen. „Wenn wir den Attraktor kennen, wissen wir, zu welcher Ordnung sich die Teile [...] zusammenfinden“ (Petzold 2017, S. 75).

Zusammenfassung und Reflexionen

Wir erleben täglich viele kranke Menschen mit Lebenskräften und Schicksalen. Wie können wir Ihnen gerecht werden, wo wir in hoher Frequenz interagieren und Passungen erarbeiten, um für die Patienten präsent zu sein, das heißt ihnen begegnen zu können?

Zielorientiertes ärztliches Handeln leistet einen erheblichen Beitrag zur Komplexitätsreduktion in der Praxis. Aber für ärztliches Handeln gilt, dass Intentionen Hintergründe verdecken können, die dennoch wirksam sind. Die Analyse solcher Hintergründe hilft, ihre stumme Kausalität zu bändigen.

Die SIA ist eine Struktur im Fluss, sie kann weiterentwickelt, ihre Akzente können verschoben werden. Eine Ergänzung durch das Beziehungserleben in Patientenperspektive wäre erhellend. In der jetzigen Form gewährt die SIA Einblick in die erlebte Beziehung. Sie bietet eine Methode, diese Beziehung als Wirkfak-

tor konkreter zu fassen. Sie löst das Dokumentationsdilemma für subjektive Metadaten im hausärztlichen Setting.

Die SIA erleichtert den Einstieg in ein Folgegespräch, wenn die Essenz des Vorangegangenen nicht mehr präsent und in den Verzweigungen der Akte verstreut ist. Sie erschließt rekursiv den Gehalt aus dem Wiederhall des Narrativ in der Subjektivität. Die intentionalen Daten spiegeln die Daten der Referenz.

Kohärenz motiviert Lernprozesse. Wir integrieren Erwartungen und Widerstände in die Modalitäten unserer Interaktionen, wo sie als prozedural gelebte Intentionen in Begegnungsmomenten reziprok (Charon) bewusst werden können. Man bekommt ein Gefühl für die Bemerkung Elders „Who is speaking? Is it the patient or the doctor? Perhaps we need to be careful when we use these apparently distinct and deceptively circumscribed words ‚doctor‘ and ‚patient‘. Both are more porous than we imagine“ (Elder, 2017, S. 7). Wir erkennen und haben nicht nur Beziehungen, die qua Reziprozität unter die Haut unseres Cogito gehen. „Mit allem verbunden und gleichzeitig autonom“ (Petzold 2017, S. 81) finden wir uns selbst vielfältig in Beziehungen agierend vor.

Martin Erdmann

Praxis für Allgemeinmedizin
Psychosomatische und Suchtmedizinische
Grundversorgung
Obere Königsstr. 21
34117 Kassel
Kontakt: erdmann.martin@arcor.de



Quelle: Autor

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. 2. überarbeitete Auflage, Bern 2007.
- Balint, Michael u. a.: Das Wiederholungsrezept. Behandlung oder Diagnose? Stuttgart 1975, Original: Treatment or Diagnosis – A Study of Repeat Prescriptions in General Practice. London 1970.
- Boetticher, Dirk von: Die therapeutische Beziehung in der psychosozialen Medizin, Stuttgart 2014.

- Bensaid, N.: Sprechstunde. Arzt und Patient als Partner. Olten, Freiburg im Breisgau: Walter, 1978, Zit. N. Volck 2012.
- Dörner, Klaus: Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart 2001.
- Dolan, Paul: Absichtlich glücklich. Wie unser Tun das Fühlen verändert, München 2015, engl. Original: Happiness by Design, London 2014.
- Myerscough, Philip R., Ford, Michael: Talking with Patients, Keys to good communication. Oxyford 1996.
- Oevermann, Ulrich: Probleme supervisorischer Praxis. Eine objektiv hermeneutische Sequenzanalyse zur Überprüfung der Professionalisierungstheorie. Frankfurt 2001. S. 206f.
- Petzold, Theodor P.: Schöpferische Kommunikation. Bad Gandersheim 2017.
- Schüffel, Wolfram: Medizin ist Bewegung und Atem. Vom Elend in die Armut und wie aus Wüste Würde wird. Halle 2009
- Schulz-von-Thun, Friedemann: Miteinander reden. Hamburg 2006
- Stern, Daniel u. a.: Veränderungsprozesse, ein integratives Konzept, Frankfurt 2012, amerik Original Change in Psychotherapy, a Unifying Paradigm, Boston Change Process Study Group 2010.
- Uexküll, T v et al.: Psychosomatische Medizin, Stuttgart 2002, S. 33, zit. N. Volck 2012, S. 106.
- Witte N.: Ärztliches Handeln im Praxisalltag. Eine interaktions- und biographieanalytische Studie. Frankfurt a.M.: Campus, 2010, zit. N. Volck, S. 111.

Buchbeiträge

- Davidson, Donald: Handlungsfreiheit. In: ders: Handlung und Ereignis, Frankfurt 1990, S. 99-124.
- Rüter, Gernot; Bohrer, Thomas: Ärztliche Interventionen bei Lebensproblemen in Zusammenhang mit Kranksein. Bewegende Szenen in hausärztlicher und spezialisierter Medizin. In: Heuser, Peter; Weinzierl, Johannes: Medizin und die Frage nach dem Menschen. Würzburg 2013.

Zeitschriften

- Balint, Michael: The basic fault: Therapeutic aspects of regression, London 1968, zit. N. Elder, Andrew: Balint Group Leadership: Conceptual Foundations. In: Balint-Journal 2017; 18; S. 6-10.
- Böttcher, Maria; Steinhäuser, Jost; Götz, Katja: Das hausärztliche Gespräch – ein qualitativer Blick auf die Erlebniswelt von Arzt und Patient, Z Allg Med 2016; 92 (11) 438-444. Ein interessanter Versuch, aus dem Bewertungsinstrument MAAS-Global (Maastrich History taking and Advice Scoring listconsisting of global items) die Erlebniswelt von Arzt und Patienten kategorial zu strukturieren und dies zu nutzen, um die kommunikativen Fähigkeiten der Ärzte zu optimieren.
- Brenk-Franz, Katja: Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung – Evaluation der deutschen Version des Patient Reaction Assessment Instruments (PRA-D), Z Allg Med 2016; 92(3) 103-108. Die Arbeit betont verständliche Kommunikation, Information und „emotionale Unterstützung“ als „Voraussetzungen für eine gute Beziehungsqualität zum Patienten, die sich nicht immer intuitiv für Ärzte erschließt.“
- Charon, Rita: The Reciprocity of Recognition — What Medicine Exposes about Self and Other. n engl j med 367;20 nejm.org november 15, 2012. S. 1878-1881.
- Elder, Andrew: Balint Group Leadership: Conceptual Foundations and a Framework for Leadership Development? In: Balint-Journal 2017; 18: 6-10.
- Kroneberg, Clemens; Kalter, Frank: Rational Choice Theory and Empirical Research: Methodological and Theoretical Contributions in Europe. In: Annual Review of Sociology 2012: 38:73-92, S. 85.
- Petzold, Theodor D.: Für eine gute Arzt-Patienten-Kooperation ist die gemeinsame Intentionalität entscheidend. Z Allg Med 2015; 91; 400-404.
- Rüter, Gernot: Ist Freiheit ein Begriff von Bedeutung für den tätigen Hausarzt? Teil 1
Med Welt 2016; 67: 187–191 und Teil 2 Med Welt 2016; 67: 245–249.
- Volck, Gisela; Kalitzkus, Vera.; Passung im Minutentakt – die Komplexität einer Hausarztpraxis. Mikroszenenprotokoll als Instrument zur Selbstreflexion. Allg Med | 2012; 88 (3), S. 105-111.

Stufen

Wie jede Blüte welkt und jede Jugend
Dem Alter weicht, blüht jede Lebensstufe,
Blüht jede Weisheit auch und jede Tugend
Zu ihrer Zeit und darf nicht ewig dauern.
Es muß das Herz bei jedem Lebensrufe
Bereit zum Abschied sein und Neubeginne,
Um sich in Tapferkeit und ohne Trauern
In andre, neue Bindungen zu geben.
Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne,
Der uns beschützt und der uns hilft, zu leben.
Wir sollen heiter Raum um Raum durchschreiten,
An keinem wie an einer Heimat hängen,
Der Weltgeist will nicht fesseln uns und engen,
Er will uns Stuf' um Stufe heben, weiten.
Kaum sind wir heimisch einem Lebenskreise
Und traulich eingewohnt, so droht Erschlaffen,
Nur wer bereit zu Aufbruch ist und Reise,
Mag lähmender Gewöhnung sich entrafen.
Es wird vielleicht auch noch die Todesstunde
Uns neuen Räumen jung entgegen senden,
Des Lebens Ruf an uns wird niemals enden...
Wohlan denn, Herz, nimm Abschied und gesunde!

Hermann Hesse