

Eichstätter Antrittsvorlesungen

Anne Brunner

Beziehung, Kommunikation und Gesundheit

Von der biopsychosozialen Medizin zu
Gesundheitswissenschaften/Public Health

**KATHOLISCHE
UNIVERSITÄT**



**EICHSTÄTT
INGOLSTADT**

Eichstätter Antrittsvorlesungen

Herausgeber

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt

Band 10

Inhalt

1 Bio-psycho-soziale Medizin	7
2 Wissenschaftliche Evidenz	12
3 Konsequenzen für die Public Health Praxis	18
Literatur	22

1 Bio-psycho-soziale Medizin

Die umfassende Bedeutung von Gesundheit wird zunehmend erkannt. Neben ihrem Eigenwert tragen gesundheitliches Wohlbefinden und Lebensqualität dazu bei, die wirtschaftliche Produktivität zu erhalten und Fehlzeiten zu vermeiden. Unternehmen und Organisationen sind daher zunehmend bereit, in „Corporate health“ zu investieren. Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein wesentlicher Bestandteil der Prävention und Gesundheitsförderung, die seit der Gesundheitsreform 2000 wieder als Kassenleistung anerkannt ist.

Frägt man nach wichtigen Einflussfaktoren auf die Gesundheit, werden spontan häufig körperliche Einflüsse wie Ernährung, Bewegung oder Nikotinkonsum assoziiert. Im Vergleich zu diesen bedeutsamen körperlichen Determinanten werden psychosoziale Einflussfaktoren häufig unterschätzt. Ein zentrales Anliegen der biopsychosozialen Medizin und von Public Health ist es, biologische, psychologische und soziale Einflüsse gleichermaßen ernst zu nehmen und einzubeziehen.

Der amerikanische Arzt und Psychotherapeut George Engel forderte in den siebziger Jahren einen Paradigmenwechsel innerhalb der medizinischen Ausbildung und der ärztlichen Praxis im Sinne einer *biopsychosozialen Medizin*.

Was aber bedeutet biopsychosoziale Medizin? Das biopsychosoziale Modell berücksichtigt nach Engel „den relativen Beitrag von sozialen, psychologischen und biologischen Faktoren“ (Engel 1977). Eine umfassende Medizin darf sich nach Engel nicht ausschließlich auf scheinbar objektive, biologische Daten begründen. Ein solch eingegengtes Konzept bietet „keine Instrumente an, um menschliche Prozesse aufzufangen – und es war auch nie dafür vorgesehen.“

Paradoxerweise ist es ausgerechnet die moderne Physik, die diesen Paradigmenwechsel im 20. Jahrhundert eingeleitet hat.

Die Erkenntnisse der Relativitätstheorie und der Quantenmechanik führten dazu, den Standpunkt des Beobachters mit einzuschließen. Der Beobachter wird zum Beteiligten, der durch seine scheinbar neutrale Beobachtung den physikalische Prozess mit beeinflusst. So stellte der amerikanische Physiker und Nobelpreisträger Max Delbrück (1906–1981) fest, dass der Wissenschaftler und sein Objekt eine untrennbare Einheit bilden, da jede Beobachtung Elemente der Subjektivität in sich trägt. Dieses Subjektive drückt sich bereits in der Entscheidung darüber aus, was und wie etwas beobachtet wird. Ausgerechnet die moderne Physik entlarvt damit das Ideal des neutralen, distanzierten Forschers als Täuschung. Stattdessen belegt sie die gegenseitige Verbundenheit und Interdependenz aller Organisationsebenen natürlicher Systeme und fordert, die typisch menschliche Komponente in die Erklärungssysteme mit einzubeziehen (Engel 1987). Delbrück drückt das Erstaunen der modernen Physik aus: *„Wie merkwürdig, dass diese Erkenntnis, die den Denkkonzepten der Wissenschaft diametral gegenübersteht, uns von der Atomphysik aufgedrängt wird“*.

Der in der klassischen Physik bereits vollzogene Paradigmenwechsel ist nach Engel in der Medizin im Sinne einer biopsychosozialen Medizin ebenfalls fällig. So ist es Aufgabe des Arztes, *„den relativen Beitrag von sozialen, psychologischen und biologischen Faktoren in gleichem Maße zu gewichten“*. Um eine gründliche Diagnose zu erheben und Therapie zu planen, ist es einerseits notwendig, Kompetenz für die biologisch-objektive Ebene aufzuweisen und objektive Daten, wie Laborwerte oder Herzfunktion zu erheben und richtig einzuordnen. Eine Beschränkung auf diese biologisch-objektiven Faktoren greift allerdings zu kurz, da sie die subjektiv-menschliche Dimension außer Acht lässt. Das ärztliche Aufgabenspektrum umfasst einen weit größeren Bereich; zu den Rollen des Arztes gehörte beispielsweise auch *„schon immer die eines Pädagogen und des Psychotherapeuten“* (Engel 1977).

Daher ist es für die ärztliche Diagnose, Behandlung und Prävention gleichermaßen bedeutsam, subjektive Daten, wie den biographischen Werdegang, die persönlichen Merkmale sowie das soziale Umfeld des Menschen zu erfassen. Dazu bedarf es nach Engel eines ganz besonderen Instruments: *das Gespräch bzw. das Interview*. „Die zwischenmenschliche Beziehung mit dem Dialog als Medium und dem Interview als wissenschaftliches Instrument zur Erforschung des Menschen erweist sich als ein wichtiger Schlüssel“ (Engel 1992). Engel betont, dass es sich dabei um eine wissenschaftliche Methode handelt, die dazu geeignet ist, das spezifisch Menschliche des Patienten bzw. Klienten zu untersuchen. Der Dialog gehört „ganz eindeutig zu den Grundlagen der wissenschaftlichen Arbeit in der klinischen Medizin“ (Engel 1992). Ähnlich wie das Stethoskop geeignet ist, Informationen zur Herz- und Lungenfunktion zu erhalten, ermöglicht das Interview dem Arzt, Einblick in die subjektive Lebensgeschichte und Weltsicht des Patienten zu erhalten. Umgekehrt ermöglicht der Dialog dem Patienten, sich dem Arzt mitzuteilen. „Dialog ist für den Patienten das einzige Mittel, um den Arzt von den inneren Erfahrungen in Kenntnis zu setzen“ (Engel 1992). Da es in der Medizin immer und vor allem um die spezifisch menschliche Dimension geht, ist der ärztliche Dialog und das ärztliche Interview die zentrale Methode einer biopsychosozial orientierten Medizin. Engel stellt ihre Bedeutung über die technischen Messmethoden, wie Röntgen oder Computertomographie, die dem Arzt zur Verfügung stehen. „Ich bin überzeugt davon, dass das Interview das mächtigste, umfassendste, empfindsamste und vielseitigste Instrument ist, das dem Arzt zur Verfügung steht“ (Engel 1998). Eine folgerichtige Konsequenz ist für Engel daher, die Methoden der Gesprächsführung zu einem zentralen Bestandteil der medizinischen Ausbildung zu integrieren. Diese Kompetenz muss bereits frühestmöglich im Medizinstudium erlernt und trainiert werden, da sie eine Schlüsselqualifikation für die künftige ärztliche Tätigkeit bedeutet.