

Dialogforum Pluralismus  
in der Medizin

Zur Bedeutung der Zeit  
in der Medizin

Peter F. Matthiessen (Hrsg.)

# Für eine zeitliche Kultivierung der Patient-Arzt-Begegnung



**LESEPROBE**

Peter F. Matthiessen (Hrsg.)

**Zur Bedeutung der Zeit in der Medizin.  
Für eine zeitliche Kultivierung der Patient-Arzt-Begegnung**



**dialogforum**  
pluralismus in der medizin



## **Perspektiven – Schriften zur Pluralität in der Medizin**

Herausgegeben von

Univ.-Prof. Dr. med. Peter F. Matthiessen

Leiter des Arbeitsbereichs Methodenpluralität in der Medizin

Em. Inhaber des Gerhard-Kienle-Lehrstuhls für Medizinthorie und

Komplementärmedizin an der Universität Witten/Herdecke

Institut für Integrative Medizin an der Universität Witten/Herdecke

Die Medizin ist gegenwärtig durch ein unvermitteltes und eher willkürlich erscheinendes Nebeneinander unterschiedlicher Denkstile und Praxisansätze gekennzeichnet. Es fehlt weitgehend an einem Dialog zwischen den Vertretern der verschiedenen medizinischen Richtungen, nicht zuletzt, weil die Voraussetzungen für einen fruchtbaren interparadigmatischen Gesichtspunktaustausch bislang nicht hinreichend erarbeitet sind. Die Reihe „Perspektiven – Schriften zur Pluralität in der Medizin“ will dazu beitragen, den derzeit intransparenten medizinischen Pluralismus und die Dichotomie zwischen „Schulmedizin“ und „Komplementärmedizin“ zugunsten einer rational begründbaren Pluralität unterschiedlicher, aber sich gegenseitig ergänzender Gesichtspunkte innerhalb der Medizin als einem sinnvollen Ganzen zu überwinden. Sie versteht sich als Forum für einen kritischen, aber unvoreingenommenen Dialog zwischen den Vertretern unterschiedlicher, auch „out of the mainstream“ angesiedelter Wissenschaftskonzepte und (Be-)Handlungsansätze in der Medizin und im Gesundheitswesen. Die einzelnen Veröffentlichungen sollen Bausteine sein für die Erarbeitung einer „Integrativen Medizin“. Zu Wort kommen sollen dabei insbesondere Darstellungen, die einer Offenlegung der ethischen und praktischen Konsequenzen unterschiedlicher Theorieansätze gewidmet sind.

In der Reihe werden sowohl Tagungsbände als auch originelle wissenschaftliche Arbeiten und praxisbezogene Leitfäden veröffentlicht. Adressaten sind neben praktisch tätigen und wissenschaftlich interessierten Ärzten und Therapeuten alle im Gesundheitswesen tätigen Professionen sowie nicht zuletzt Patienten und der an einer medizinischen Gesichtspunktvervielfältigung interessierte Bürger.

Peter F. Matthiessen (Hrsg.)

# Zur Bedeutung der Zeit in der Medizin

Für eine zeitliche Kultivierung  
der Patient-Arzt-Begegnung



dialogforum  
pluralismus in der medizin



## Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

1. Auflage 2018

© 2018 ML Verlag in der  
Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG, Kulmbach

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung und Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme ist unzulässig und strafbar.

Titelbild: © rognar/123RF.COM

Redaktion, u.a.: Prof. Dr. med. Peter F. Matthiessen

Satz: VAS – Agentur für Gestaltung, Bad Homburg v.d.H.

[www.ml-buchverlag.de](http://www.ml-buchverlag.de)

ISBN: 978-3-947566-28-0

# Inhaltsverzeichnis

*Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin*

**Grußwort** ..... 9

*Prof. em. Dr. med. Peter F. Matthiessen*

**Vorwort des Herausgebers** ..... 11

*Prof. em. Dr. med. Peter F. Matthiessen*

**Zur Bedeutung der Zeit in der Medizin. Für eine zeitliche Kultivierung der Patient-Arzt-Begegnung**  
**Einführung in das Tagungsthema** ..... 19

*Prof. em. Dr. phil. Dr. med. Heinz Schott*

**„ein jegliches hat seine Zeit ...“**  
**Werden und Vergehen als Topos**  
**in der Medizingeschichte** ..... 97

*Prof. Dr. med. M.A. phil. Giovanni Maio*

**Beschleunigen heißt unterbrechen.**  
**Zur Bedeutung der Geduld in der Medizin** ..... 121

*Prof. Dr. med. Louis R. Grote<sup>†</sup>*

**Der kranke Mensch und die Zeit** ..... 133

*Prof. Dr. med. Christoph Gutenbrunner*

**Die rhythmische Funktionsordnung des Menschen** ..... 161

*Prof. Dr. med. Dieter Melchart*

**Hygio-(Saluto-)genese und Chronohygiene – vom Zeitbedarf der Gesundheits- und Heilungsvorgänge im Menschen und deren Berücksichtigung in einer modernen Lebensstilmedizin** ..... 187

*Prof. Dr. med. Karin Kraft*

**Adaptive Normalisierung als Komponente  
der körperlichen Anpassung:  
Gut Ding will Weile haben** ..... 209

*Prof. Dr. rer. nat. Dirk Cysarz*

**Die Rolle des Schlafs für Gesundheits-  
und Lernprozesse** ..... 217

*Prof. em. Dr. med. Peter F. Matthiessen*

**Das Erfordernis einer Erweiterung des  
Zeitbegriffs für eine spirituelle Anthropologie  
und eine biographieorientierte Medizin** ..... 233

*Dr. med. Matthias Girke*

**Die Bedeutung der Zeit in der  
therapeutischen Beziehung** ..... 285

*Prof. em. Dr. med. Christof Müller-Busch*

**Abschied braucht Zeit:  
Sinn und Zeit bei Sterbenskranken** ..... 303

*Prof. Dr. med. Tobias Esch*

**Das OpenNotes-Projekt: Patientenaktivierung  
und zeitliche Implikationen einer erhöhten  
Transparenz in der Arzt-Patient-Kommunikation** ..... 321

*P.D. Dr. rer. biol. Dipl. Psych. Marc Wittmann*

**Die Veränderlichkeit des Zeiterlebens  
bei Gesunden und Kranken** ..... 333

*Prof. em. Dr. med. Luc Ciompi*

**Zehn Thesen zum Thema „Zeit in der Psychiatrie“** ..... 345

<i>Prof. em. Dr. med. Gisela C. Fischer</i> <b>Zeit in der Sprechstunde</b> .....	367
<i>Dr. med. Paul Kokott</i> <b>Zum Zeitmanagement in der allgemeinärztlichen Praxis</b> .....	375
<i>Prof. em. Dr. med. Eckhart G. Hahn</i> <b>Was sind angemessene Zeiträume und Zeitintervalle für den Patientenkontakt im Rahmen einer guten Patient-Arzt-Beziehung auf einer Krankenstation aus Sicht des Arztes?</b> .....	385
<i>Dr. phil. Bettina Berger</i> <b>Ein Gefühl für die rechte Zeit? – Kairos und Chronos aus der Patientenperspektive</b> .....	393
<i>Dr. med. Elmar Hatzelmann</i> <b>Kluger Umgang mit der knappen Zeit aus Sicht des „Instituts für Zeitkompetenz“</b> .....	411
<b>Autorenverzeichnis</b> .....	429

## Grußwort

In einer Zeit, in der allzu viele die Medizin auf das Messbare beschränken, scheint die Frage nach der „Zeit“ fast skurril anmutend. Wenn etwas exakt messbar ist, dann Zeit. Warum spielt Zeit eine so geringe Rolle?

Mit der Übernahme der Führung im Gesundheitswesen durch die Gesundheitsökonomie wurden die Parameter „Menge“, „Kosten“ und „Ertrag“ zu führenden Indikatoren. Sie sind messbar und schlagen sich in konkreten, finanziellen Ergebnissen nieder. „Zeit“ ist zum Kostenfaktor degradiert. In der täglichen Patientenbetreuung werden Vorgaben gemacht, z. B. 11 Minuten pro Patient in einer Abteilung für Strahlentherapie. Wer länger braucht, arbeitet unwirtschaftlich und bedroht seinen eigenen oder den Arbeitsplatz seines befristet angestellten Kollegen. Jeder Tag, den ein Patient länger als durch DRGs vorgegeben im Krankenhaus zubringt, verbraucht mehr Geld als die gesamte Labordiagnostik kostet. Eile ist angesagt.

In der ambulanten Versorgung läuft das legendäre Hamsterrad ohnehin schon seit vielen Jahren, angetrieben vom rastlosen Kassenarzt, der an einem Tag z. T. so viele Patienten kontaktiert wie sein niederländischer Kollege in einer Woche.

Ist das gut? Nein. Die Patientenversorgung lebt von und durch die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Diese Beziehung aufzubauen und zu pflegen, braucht Zeit. Anamnese und Befund, die Grundlage für gutes ärztliches Tun, braucht Zeit. 80 % aller Diagnosen werden dadurch gestellt, mit entsprechenden klinischen Fähigkeiten und Erfahrung meist die richtigen. Zeit ist essentiell zum Nachdenken über sein Handeln, für Gespräche mit Patienten, Angehörigen, Kollegen und anderen Gesundheitsberufen, die – idealerweise im Team – an der Versorgung beteiligt sind. Zeit wird gebraucht für die weitere Qualifikation, zum Lesen, für Seminare und Kongresse, für ärztliche Bildung generell. Zeit, die im System nicht vorgesehen ist. Zeit ist essentiell für Sorgfalt. Sie ist essentiell für Zuwendung.

Es ist ein Kardinalfehler, dass Politik und Krankenkassen bei der Einführung von DRGs weder die Zeitbudgets für Teambesprechungen und

für Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen noch für Gespräche mit Patienten und Angehörigen einkalkuliert haben. „Personalentwicklungskosten“ tauchen in der Kalkulation der staatlich vorgegebenen Finanzierungssysteme nicht auf. Sie haben die Menschen, Patienten wie Gesundheitsberufe, und ihre originären Bedürfnisse übergangen.

Nichts wird derzeit dringender benötigt als Zeit. Wenn man sich das Fließband Patientenversorgung ansieht, möchte man laut „Anhalten!!!“ rufen. Was machen wir da? Warum? Für wen? Mit welchem Ergebnis? Was wollen, was sollen wir eigentlich tun? Einkehr für Einsicht.

Bei einem sehr gut besuchten Workshop eines sehr großen Kongresses antwortete ein Kassenvertreter zweimal mit „ja“ auf die Frage, ob neue Medikamente und neue Technologien von der Kasse bezahlt würden. Auf die Frage, ob die Implementierung neuen Wissens, in dem Fall zur Erhöhung der Patientensicherheit, ebenfalls bezahlt würde, war die Antwort „nein“. Das ist die harte Realität.

Sich mit dem Thema und der Ressource „Zeit“ befasst zu haben, ist das Privileg der Autorinnen und Autoren dieses Tagungsbandes. Es wird aus umfassenden Perspektiven beleuchtet und erklärt. Dafür sei ihnen und den Herausgebern von Herzen gedankt. Der Blick auf den Faktor „Zeit“ eignet sich nicht nur, sein eigenes Tun zu hinterfragen, sondern auch um politisch bessere Akzente zu setzen. Wo das Problem – mangelnde Zeit - ankommt, sehen Ärzte und Patienten jeden Tag. Besser zu erkennen, warum Zeit wichtig ist und wo das Problem herkommt, ist das Verdienst dieser Veröffentlichung. Ich wünsche der Publikation und dem Thema große Verbreitung und Akzeptanz.

16.01.2018

Dr. med. Günther Jonitz

Präsident der Ärztekammer Berlin

## Vorwort des Herausgebers

Ärzte nehmen sich zu wenig Zeit – so ein in der Bevölkerung erhobener Vorwurf. Bei Schilderung seiner Beschwerden wird der Patient statistisch gesehen nach fünfzehn Sekunden vom Arzt unterbrochen. Der Fragestil in der Ärzteschaft ist zum großen Teil inquisitorisch; patientenseitige Narrationen werden aus Zeitmangel in der Regel nicht zugelassen oder nicht angemessen gewürdigt. Grund genug, der Frage nach der Rolle der Zeit, den unterschiedlichen Zeitbegriffen und den angemessenen Zeiträumen in der Begegnung von Patient und Arzt auf den Grund zu gehen.

Dementsprechend haben wir, die Mitglieder des Dialogforum Pluralismus in der Medizin, am 10. und 11. Februar 2017 in den Räumen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Berlin ein zweitägiges Symposium durchgeführt zum Thema: Zur Bedeutung der Zeit in der Medizin. Für eine zeitliche Kultivierung der Patient-Arzt-Begegnung<sup>1</sup>. Anliegen des Veranstalters war es, den Problembereich Zeit im Kontext der Patient-Arzt-Beziehung in unterschiedlichen Situationen aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten. Demzufolge sind auf dem Symposium der Umgang mit der Zeit in der Medizin, aber auch die unterschiedlichen begrifflichen Ausformungen von Zeit einführend medizin- bzw. paradigmengeschichtlich sowie aus philosophischer und medizinethischer Sicht, von Hippokrates bis zu Neuzeit dargestellt und behandelt worden. Ein weiterer Themenbereich war dem Zeiterleben in Gesundheit und Krankheit von der Antike bis zur Neuzeit gewidmet. Breiten Raum haben wir den Darstellungen zu und der Auseinandersetzung mit den modernen chronomedizinischen Forschungsergebnissen zur Zeitgestalt des Organismus sowie der rhythmischen Funktionsordnung von Erkrankungs- und Gesundungsprozessen eingeräumt. Eng damit verwandt ist die adaptive Normalisierung in Form der funktionellen Hygiogenese. Als Ausdruck

---

1 Mit den in dieser Publikation verwendeten Personen- und Tätigkeitsbezeichnungen sind – auch wenn sie aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in einer Form auftreten – gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

einer auf diesem Feld ansichtig werdenden Autonomisierung der Zeit im menschlichen Organismus findet sich der Umstand, dass dieser Organismus bzw. das Individuum in Abhängigkeit von der Ausgangslage aktiv und eigengesetzlich eine richtungsgebende Funktion übernimmt mit der Konsequenz, dass Krankheitssymptome nicht als passiv erlittene Funktionsdefizite aufzufassen sind, sondern als organismus- bzw. individuumeigene, aktive und eigengesetzliche autosalutogenetische Funktionsäüßerungen, die gelingend oder misslingend auf Gesunderhaltung bzw. auf Selbstheilung zielen. Dies hat zur Konsequenz, dass auch unspezifische therapeutische Reizsetzungen durch den organismischen Response mit spezifischen salutogenetischen Antworten einhergehen. Zudem führen die modernen chronomedizinischen Forschungsergebnisse zur funktionellen Hygiogenese vor Augen, dass Erkrankungs- und Gesundungsprozesse einer zeitlichen Eigengesetzlichkeit unterliegen, die es in der Therapie zu berücksichtigen gilt.

Die Frage nach angemessenen Zeiträumen bei unterschiedlichen Anlässen und in verschiedenartigen Situationen in der Patient-Arzt-Beziehung wurde sowohl aus ärztlicher Sicht im niedergelassenen und stationären Behandlungskontext als auch aus Sicht einer mit unserem Gesundheitswesen gründlich erfahrenen Bürgerin verfolgt, die intensiv mit der Entwicklung wissenschaftlich evaluierter Maßnahmen zur Vermittlung von Patientenkompetenz befasst ist. Darüber hinaus gab die Veranstaltung Raum für die Referierung neuester, an der Harvard Medical School gewonnener Forschungsergebnisse zur Einbeziehung von Patienten in die online-geführten Krankenakten mit einer damit einhergehenden Erhöhung der wechselseitigen Transparenz zwischen Patient und Arzt. Thema waren aber auch Forschungsergebnisse zur Rolle des Schlafs für Gesundungs- und Lernprozesse. Weitere im Rahmen des Symposiums verfolgte Fragestellungen waren solche nach dem Erfordernis einer Erweiterung des Zeitbegriffs und die Etablierung von Zukunft als einer eigenständigen temporalen Kategorie für eine biographieorientierte Medizin sowie eine Medizin, die sich in Diagnostik und Therapie an der lebensgeschichtlichen Zeitstruktur in Form der verschiedenen Lebensalter bemisst. In lebenspraktischer Hinsicht kamen Forschungsergebnisse des Instituts für Zeitmanagement Tutzing zum klugen Umgang mit der Zeit zur Darstellung. Ein abschließendes

Referat war der Frage nach dem individuell unterschiedlichen Zeitbedarf in palliativmedizinischen Situationen gewidmet.

In Anbetracht dessen, dass nicht erst neuere konstruktivistische Epistemologien deutlich machen, dass unser Alltagsbewusstsein ebenso wie die Ergebnisse empirischer Forschung stets vom Standort des Erkennenden abhängen und insofern eine „rein“ objektivistische Sicht revidieren zugunsten einer Betrachtungsweise, für die „Objektivität“ gerade nicht Ausschluss, sondern methodische Einbeziehung der prinzipiellen Subjektbezogenheit eines jeden Wahrnehmens und Wahrhabens bedeutet, wurde von Seiten des Dialogforum Pluralismus in der Medizin Wert darauf gelegt, den Gedanken der Perspektivität, aber auch diejenigen des Perpektivenaustausches und der Perspektivenvervielfältigung auch bei der diesmaligen Veranstaltung methodisch zu verfolgen. Mit anderen Worten: angestrebt wurde, das Symposium nicht nur interdisziplinär, sondern auch interparadigmatisch auszurichten. Das setzt die Anerkennung der Koexistenz unterschiedlicher Paradigmen ebenso voraus wie die Bereitschaft zum Standpunktwechsel bzw. zum Perspektivenaustausch, um eine Paradigmenkomparation leisten zu können.

Da gerade in der Medizin als einer praktischen Wissenschaft Begriffe, Theorien, Modelle, die wir uns vom Menschen in Gesundheit, Krankheit und Heilung machen, nie praxis- bzw. ethikneutral sind, stellt sich hier mit besonderer Aktualität die Aufgabe, den Pluralismusgedanken unter dem Kriterium der ethisch-praktischen Folgen bestimmter Wissenschaftsmodelle zu verfolgen. Ein Denkstil, der sich bei der Erforschung der unbelebten Natur für die Physik als angemessen und in der Technik als erfolgreich erwiesen hat, braucht dies für die ärztliche Praxis noch lange nicht zu sein. Auf die Medizin übertragen könnte er gerade den Blick für die wesentlichen Eigenschaften und Qualitäten des Gegenübers verstellen und mit der Würde des Menschen kollidieren. Will man sich in der Medizin zum Verständnis des Menschen nicht mit einer einzigen Sichtweise begnügen, dann stellt sich die Aufgabe, der ontologischen Mehrdimensionalität des Menschen in Gesundheit, Krankheit und Heilung auch in methodischer Hinsicht Rechnung zu tragen und weitere ergänzende Perspektiven und Erkenntnismethoden heranzuziehen. Dies bedeutet, die Möglichkeiten und Grenzen der unterschiedlichen Ansätze sowie deren wechselseitiges

Ergänzungspotential auszuleuchten, also eine Perspektivenvervielfältigung systematisch und methodisch zu verfolgen und dabei im Dialog eine Multiperspektivenbeweglichkeit zu erüben; dies mit dem Ziel, schrittweise zu einer Gesichtspunkt- bzw. Perspektivenkonspektion des begegnenden Gegenübers zu gelangen. Denn erst die Fähigkeit, ein und denselben Problembereich aus unterschiedlichen Perspektiven und Paradigmen verfolgen zu können, versetzt den Arzt in die Lage, in einer konkreten Situation ein eigenes und damit verantwortungsfähiges Urteil über die je angemessene Sichtweise und die ihr entspringende therapeutische Handlungsoption zu treffen. Insofern der Patient nie nur ein biomedizinisch zugängliches Objekt ist, sondern stets auch ein geschichtliches und selbstbestimmungsfähiges Subjekt, kann kaum ernsthaft das methodologische Erfordernis in Frage gestellt werden, einer zählenden eine erzählende Medizin an die Seite zu stellen bzw. die Schiefelage einer einseitig biowissenschaftlich ausgerichteten Medizin durch ergänzende In-Dienst-Stellung hermeneutischer Erkenntnis- und Verstehensansätze auszutarieren.

Beim Blick auf die immer dringlicher werdenden ethischen Fragen auch, aber nicht nur in gesundheitlichen Grenzsituationen heißt dies, dass diese aus einer nur naturwissenschaftlichen Perspektive nicht angemessen behandelt oder hinreichend begründet beantwortet werden können. Angesichts der Vielschichtigkeit des Wesens Mensch als einem physisch-materiellen, lebendigen, seelisch erlebenden und sich darlebenden und einem zu Selbstbewusstsein, Selbstverantwortung und Selbstentwicklung befähigten individuell geistigen Wesen stellt sich die Aufgabe, die Medizin auch um die Verfolgung spiritueller, aber sich an konzisen und kommunikablen Begriffsbildungen orientierender geistes-wissenschaftlicher Ansätze zu erweitern.

Von den Mitgliedern des Dialogforum Pluralismus in der Medizin wird ein methodisch gehandhabter Wissenschaftspluralismus deshalb verfolgt, weil er ihnen als eine Bereicherung diagnostischen Erkennens und therapeutischen Handelns erscheint, während eine ausschließlich naturwissenschaftliche Sicht konsequenterweise zu einer naturwissenschaftlichen Fiktion vom Menschen und damit zu einer Verarmung der Medizin führen müsste.

Entsprechend den Zielsetzungen des Dialogforum Pluralismus in der Medizin, nämlich einen Dialog zwischen Vertretern unterschiedlicher

Denk- und Praxisansätze zu führen, war das Symposium so ausgerichtet, dass nach jedem Referat 30 Minuten für einen eingehenden Gedankenaustausch eingeräumt waren – dies, um dem Anliegen einer interaktiven dialogorientierten Veranstaltung auch in zeitlicher Hinsicht breiten Raum für Fachaustausch und Gespräche zu geben. Ein Ziel des Veranstalters war es auch, den umfangreich auf Band dokumentierten fachbezogenen Gesprächsaustausch im Tagungsband abzdrukken. Infolge eines Missverständnisses ist jedoch nur der erste Tag des Symposiums aufgezeichnet worden, sodass im Zuge der Herausgabe des Bandes auf eine schriftliche Wiedergabe verzichtet wurde.

Für die ebenso kompetente wie engagierte Hilfe bei der Organisation und der Durchführung des Symposiums möchte ich Frau Barbara Wais, Geschäftsführerin des Dachverbandes Anthroposophische Medizin in Deutschland DAMID e. V., sowie Frau Monika Pinkawa von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) herzlich danken.

Die Aktualität des vom Dialogforum gewählten Tagungsthemas wird aber auch dadurch unterstrichen, dass der Medizinnobelpreis 2017 inzwischen an drei Wissenschaftler vergeben worden ist, die aufgezeigt haben, dass die zeitliche Einordnung der Lebensvorgänge in den Tagesablauf einer zirkadianen Rhythmik entspricht, die zum Grundbauplan der eukaryoten Lebewesen gehört. Was die Preisträger Jeffrey C. Hall, Michael Rosbach und Michael W. Young nachgewiesen haben, ist, dass jede einzelne Zelle, jedes Gewebe, jedes Organ sowie der Gesamtorganismus über ein genetisch gesteuertes molekulares Uhrwerk verfügen, das auf Rückkoppelungsprozessen in der Proteinbiosynthese beruht und durch den Stoffwechsel in Form permanenter Synchronisierungsvorgänge realisiert wird. Neben dem Nachweis des suprachiasmatischen Nucleus (SCN) und mit ihm vernetzter Gehirnregionen als Steuerungszentren war es die Entdeckung und Isolierung eines Perioden-Gens und des von ihm codierten PER-Protein, dessen synchrone Oszillierung einen 24-Stunden-Zyklus durchläuft. Ein weiterer Schritt war die Entdeckung, dass die Aktivität des Periodengens durch das im Zytoplasma produzierte PER-Protein blockiert wird, indem dieses in die DNA des Zellkerns gelangt. Erklärungsqualität für die Periodizität wurde schließlich durch die Entdeckung eines zweiten Zeit-Gens (timeless) erlangt, das das TIM-Protein codiert, welches für einen

normalen zirkadianen Rhythmus benötigt wird, und die Erkenntnis, dass nur, wenn TIM an PER gebunden ist, beide Proteine in der Lage sind, in den Zellkern einzudringen. Schließlich konnte die Frequenz der Oszillationen dadurch erklärt werden, dass ein weiteres Gen (doubletime) identifiziert werden konnte, das das DBT-Protein codiert, das die Akkumulation des PER-Proteins verzögert.<sup>2</sup> Die Autorinnen des zitierten Ärzteblattartikels lassen im Hinblick auf die medizinischen Implikationen dieser Entdeckung Dieter Kunz, Chefarzt der Klinik für Schlaf- und Chronomedizin im St.-Hedwig-Krankenhaus Berlin zu Wort kommen: „Ich glaube, dass uns die Vernachlässigung chronobiologischer Erkenntnisse in den nächsten zehn Jahren wie ein Tsunami überrollen wird.“

Was besonders aus den in diesem Band enthaltenen Beiträgen zur Eigengesetzlichkeit der zyklischen Zeit des vitalen Organismus hervorgehen dürfte, ist gleichwohl der Umstand, dass die rhythmische Periodizität der Vitalfunktionen und ihre interne und externe Synchronisation zwar nicht im Hinblick auf die genetisch determinierten molekularbiologischen Vorgänge im Sinne einer Bottom-up-Kausalität eine Klärung erfährt, wohl aber aus Sicht einer die zeitliche, chronobiologische Gliederung des Organismus aus dessen Ganzheit ableitenden Perspektive, der eine Downward-Causation zu Grunde liegt. Dort wo sich beide Denkansätze, beide Paradigmen zur organismischen Chronobiologie in wechselseitiger Ergänzung zu einer integrativen Auffassung amalgamieren, dürfte es am ehesten gelingen, den menschlichen Organismus bzw. den Menschen auch in seiner zeitlichen „Ganzheit“ zu begreifen.

Der vorliegende Band gibt die auf dem Symposium gehaltenen Vorträge in überarbeiteter Form wieder. Zudem ist es uns gelungen, Giovanni Maio für eine richtungsweisende medizinische Beleuchtung der Geduld in ihren unterschiedlichen Bedeutungsnuancen für die Medizin zu gewinnen. Ergänzend eingefügt wurde dem Tagungsband ein 1959 in der Münchener Medizinischen Wochenschrift erschienener Artikel eines renommierten Mitbegründers der Chronobiologie und der funktionellen Hygiogenese, dem 1960 verstorbenen Louis R. Grote zu „Der kranke Mensch und die

---

2 Zylka-Menhorn, V., Lenzen-Schulte, M.: Nobelpreis für Medizin und Physiologie. Warum jeder Mensch über einen regelrechten „Uhrenladen“ verfügt. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 114, November 2017, S. 727–729.

Zeit“ sowie ein Artikel des gleichermaßen ausgewiesenen Schweizer Sozialpsychiaters Luc Ciompi zum Thema „Zeit in der Psychiatrie“, zuerst veröffentlicht in: Ciompi, L. u. Dauwalder, H.-P. (Hrsg.) (1990): Zeit und Sozialpsychiatrie. Sozialpsychiatrische Aspekte. Huber Verlag, Bern, wieder abgedruckt in Borst, U. und Hildenbrand, B. (Hrsg.), „Zeit essen Seele auf. Der Faktor Zeit in Therapie und Beratung“, Carl-Auer-Verlag, Heidelberg, 2012. Für die freundliche Abdruckgenehmigung sei auch an dieser Stelle der MMW bzw. dem Springer-Verlag sowie dem Carl-Auer-Verlag gedankt.

Mein Dank gilt in erster Linie den Autoren der Beiträge dieses Tagungsbandes. Danken möchte ich aber auch meinen Mitarbeitern Frau Eliza Eue und Frau Heike Freudewald für die ebenso kompetente wie engagierte Hilfe bei der Manuskripterstellung und redaktionellen Textbearbeitung, ferner Herrn Marian Knorpp für die Covergestaltung des Buches. Last but not least gilt mein Dank Herrn Karl-Heinz Balon, Verleger des Verlag Akademische Schriften (VAS), und seinen Mitarbeitern für die wie immer gute Zusammenarbeit.

Für den Fall, dass die Lektüre der aus ganz unterschiedlichen Perspektiven erbrachten Beiträge dieses Tagungsbandes beim Leser nicht nur auf Zustimmung stoßen sollte, sondern darüber hinaus zu einer Neubewertung der Bedeutung der Zeit in der Medizin und zu einer der Patient-Arzt-Begegnung ihre je angemessenen Zeiträume ermöglichenden Umgestaltung unseres Gesundheitswesens führen sollte, wäre ein zentrales Anliegen der Mitglieder des Dialogforum Pluralismus in der Medizin vollumfänglich erfüllt.

Februar 2018

Peter F. Matthiessen

Sprecher des Dialogforum Pluralismus in der Medizin

**Peter F. Matthiessen**

## Zur Bedeutung der Zeit in der Medizin. Für eine zeitliche Kultivierung der Patient-Arzt-Begegnung.

### Einführung in das Tagungsthema

**N**och immer kommt der Berücksichtigung der zeitlichen Aspekte in der Medizin und der je angemessenen Zeitfenster in der Patient-Arzt-Begegnung die Rolle eines Stiefkindes zu: Ärzte nehmen sich zu wenig Zeit! – So ein in der Bevölkerung erhobener Vorwurf. Bei der Schilderung seiner Beschwerden wird der Patient statistisch gesehen nach 15 Sekunden vom Arzt unterbrochen (Dierks 1995). Der Fragestil einer großen Mehrheit der Ärzteschaft aber ist inquisitorisch: patientenseitige Narrationen werden aus Zeitmangel in der Regel nicht zugelassen oder in ihrem Stellenwert nicht entsprechend gewürdigt (Matthiessen 2017). Grund genug, der Frage nach der Rolle der Zeit in der Medizin und nach den je angemessenen Zeiträumen in der Patientenbetreuung auf den Grund zu gehen.

Dementsprechend ist es seit langem ein Anliegen der Mitglieder des Dialogforum Pluralismus in der Medizin, dem Umgang der Ärzte – aber auch der Vertreter der nichtärztlichen Berufe in unserem Gesundheitswesen – mit der Zeit bei der Betreuung ihrer Patienten ein Symposium zu widmen, auf dem den unterschiedlichen Aspekten der Zeitlichkeit in der Medizin, den unterschiedlichen Zeit-Paradigmen unter den Voraussetzungen eines je angemessenen Zeitkontingents nachgespürt wird.

Bevor ich mit dieser Thematik fortfahre, möchte ich aber in Kürze den Veranstalter, das Dialogforum Pluralismus in der Medizin (DPM) vorstellen. Das Dialogforum ist im Jahr 2000 unter aktiver Mitwirkung des damaligen Präsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe, gegründet worden von einem Kreis renommierter Ärzte, Wissenschaftler und Akteure im Gesundheitswesen, die es leid waren, die vorurteilbehafteten Grabenkämpfe zwischen Mainstreammedizin, der

sogenannten Schulmedizin und der Komplementärmedizin fortzusetzen. Statt eines unversöhnlichen Gegeneinanders haben sich die Mitglieder des Dialogforum für ein zwar kritisches, aber unvoreingenommenes Miteinander entschieden. Ein Ziel war und ist es, im Rahmen eines verstetigten Dialogs auf Augenhöhe zwischen den Vertretern unterschiedlicher Denk- und Praxisansätze in der Medizin zum Einen die Spreu vom Weizen zu trenne und zum Anderen, methodisch nach den wechselseitigen Ergänzungsmöglichkeiten zwischen den unterschiedlichen medizinischen Paradigmen Ausschau zu halten mit dem Ziel einer Integrativen Medizin als Voraussetzung für eine voll orchestrierte Gesundheitsversorgung. Neben der entsprechenden inhaltlichen Arbeit sind vom Dialogforum Pluralismus in der Medizin eine ganze Reihe dialogorientierter, denkanstoßender und viel beachteter Symposien, Workshops und Kongresse durchgeführt worden, die sich unter anderem in der Festschrift „Patientenorientierung und Professionalität“ des DPM zum zehnjährigen Bestehen zusammengefasst finden (Matthiessen 2011b). Zudem sind von den Mitgliedern des DPM zahlreiche Publikationen erschienen, in denen aufgezeigt worden ist, dass die immer drängenderen ethischen Fragen und Implikationen der modernen Medizin nicht ausschließlich mit einem nur naturwissenschaftlichen Denkansatz hinreichend angebar sind, sondern darüber hinaus auch die methodische Berücksichtigung phänomenologischer Sichtweisen sowie seelischer und geistig-spirituelle Aspekte erfordern (Girke 2007, 2011, 2012 2015, 2017; Dörner 2003; Jütte 2009; Illhardt 2009; Matthiessen 2009; Wieland 2004; Schad 2006, 2009). Aber auch von Herbert Hensel (Hensel 1977a, 1977b), Giovanni Maio (Maio 2008, 2013, 2014a, 2014b, 2015, 2017) und mir selbst (Matthiessen 1988, 1998, 2002a, 2002b, 2003, 2004, 2006b, 2011b, 2012, 2013, 2015, 2017) ist auf diesen Umstand aufmerksam gemacht worden.

Als ein praktisches Übungsfeld für den komparativen Umgang mit unterschiedlichen Denk- und Praxisansätzen in der Medizin sind von den Mitgliedern des DPM die Fallkonferenzen Integrative Medizin eingerichtet und weiterentwickelt worden (Brinkhaus et al. 2009; Brinkhaus 2010; Brinkhaus et al. 2011; Scheffer et al. 2007). Pro Veranstaltung werden dabei ein bis zwei Patienten oder konkrete Fallberichte mit unterschiedlichen Erkrankungen vom behandelnden Arzt vorgestellt. Namhafte Experten

der konventionellen Medizin und unterschiedlicher komplementärmedizinischer Richtungen wie Anthroposophische Medizin, Homöopathie, Klassische Naturheilkunde, Chinesische Medizin (TCM) u. a. m. stellen sodann in einer ersten Runde ihre diagnostische Einschätzung aus unterschiedlichen Perspektiven dar. In einer zweiten Runde werden die unterschiedlichen therapeutischen Optionen dargelegt. Abschließend wird versucht, die übereinstimmenden oder kontroversen inhaltlichen und/oder methodischen Aspekte vertieft herauszuarbeiten. Dabei wird die Patientenpräferenz grundsätzlich berücksichtigt. Neben expertenorientierten Podiumsdiskussionen sind die Zeitbudgets so ausgerichtet, dass auch das aus interessierten Ärzten und Therapeuten rekrutierte Auditorium mit einbezogen werden kann. Anliegen der Integrativen Fallkonferenzen ist die Herausarbeitung der Möglichkeiten und Grenzen der unterschiedlichen medizinischen Paradigmen, aber auch deren wechselseitiges Ergänzungspotential oder auch ihr gegenseitiger Ausschluss. Was sich als Aufgabe stellt und was wir mithin im DPM verfolgen, ist die Erarbeitung eines differentialtherapeutischen Indikationsrankings, d. h. die Verfolgung und Beantwortung der Frage, bei welchen Krankheiten, welchen Krankheitsschweregraden und welchen Kranken in welcher Rangfolge welcher Ansatz indiziert oder nichtindiziert ist und bei welchen unterschiedlichen Therapieansätzen eine Kombination der Therapien sinnvoll, nicht sinnvoll oder kontraindiziert ist. Dabei werden auch die Regeln der Evidenzbasierten Medizin berücksichtigt – allerdings im Sinne von David Sackett, wonach sich die Wirksamkeit im Sinne von EBM nur anteilig durch RCT-Studien als externe Evidenz begründen lässt und darüber hinaus die weiteren von Sackett geforderten Kriterien der EBM zu berücksichtigen sind: nämlich die klinische Expertise und damit die Einschätzung von Wirksamkeit im individuellen Behandlungsfall sowie die Berücksichtigung der Patientenpräferenz. Erst durch diese drei Perspektiven kann, so scheint uns, eine sinnvolle, am Patienten orientierte Evidenzbasierte Medizin betrieben werden.

Im Zuge der Durchführung der Fallkonferenzen Integrative Medizin, aber auch im Rahmen der Arbeitstreffen des DPM und der von ihm durchgeführten wissenschaftlichen Tagungen zeigt sich, dass ein wirklicher Dialog nur dort gelingt, wo er sich als wechselseitiger Perspektivenaustausch ver-

steht. Ein solcher Perspektivenaustausch bedeutet indessen nicht nur, dass bei den Dialogwilligen eine paradigmatische Perspektivenvervielfältigung zu beobachten ist (mit dem Ziel, am Ende zu einer Konspektion der eingenommenen Sichtweisen hinsichtlich eines Sachverhalts beziehungsweise Problembereichs zu gelangen), sondern setzt die Bereitschaft und die Fähigkeit zur Einnahme der konzeptuellen Sichtweise des Dialogpartners voraus – was zugleich eine Relativierung der ursprünglich eigenen Perspektive bedeutet. Was damit einhergeht, ist nicht nur eine neue Sichtweise im Sinne einer neuen, erweiterten Erkenntnis, sondern auch eine Anerkennung der vom Dialogpartner eingenommenen Perspektive. Das üben wir im Dialogforum Pluralismus in der Medizin, um damit zugleich die Voraussetzungen für eine rationale Paradigmenpluralität im Rahmen einer berechtigten Koexistenz unterschiedlicher Paradigmen zu schaffen (Matthiessen 2011b). Das galt auch für die im Februar 2017 durchgeführte Tagung zur Bedeutung der Zeit in der Medizin.

Als Hans-Georg Gadamer, der Nestor der hermeneutischen Philosophie im Alter von 100 Jahren in einem SPIEGEL-Interview gefragt wurde, ob er die Quintessenz seiner Philosophie in einem Satz zusammenfassen könne (so können auch nur Journalisten fragen, besonders, wenn sie vom SPIEGEL kommen), da hat er zunächst erwidert, dass ihm das nicht möglich sei. Nachdem die Interviewer aber darauf insistiert haben, hat Gadamer sich zu einem Versuch entschlossen und seine Philosophie in dem Satz verdichtet: „Der Andere könnte Recht haben“. Man führt kein Gespräch, wenn der Andere nicht Recht haben könnte. Diese ebenso geniale wie provokante Sentenz gilt, soweit ich sehe, dann, wenn es im Rahmen eines kompetitiv geführten Dialogs um ein Entweder-oder geht. Dort wo dieser Dialog kooperativ ausgerichtet ist, also die Frage nach einem wechselseitigen Ergänzungspotential ein Sowohl-als-auch legitimiert, habe ich den Gadammerschen Satz modifiziert: Der Andere könnte auch Recht haben (Matthiessen 2011b).

Impliziert die Verfolgung eines Entweder-oder-Konzepts eine Fragerichtung und Frageform, die eher einer Verhörmethode ähnelt, so erfordert das Ausschau halten nach einem Sowohl-als-auch die Methode einer einfühlsamen Zeugenbefragung. Je nach Interessenlage bieten sich damit unterschiedliche Befragungsmodalitäten an. Im Kleinen führen wir im Dia-

logforum Pluralismus in der Medizin dasjenige durch, was von den Vereinten Nationen, der UNO mühsam in erdumspannendem Ausmaß angestrebt wird, nämlich die Verfolgung der Fragen nach dem Ausgleich zwischen den Machtblöcken und den einzelnen nationalen Interessen oder gar derjenigen Frage nach möglichen wechselseitigen Ergänzungen zwischen den unterschiedlichen Kulturen. Auch hier zeigt sich, dass unterschiedliche Fragestellungen lösungsförderlicher sein können – oder eben auch nicht: im Rahmen der von der Uno durchgeführten Aktivitäten lautete die letzte weltweit durchgeführte Befragung: „Sagen Sie ihre ehrliche Meinung zum Arzneimittelmangel im Rest der Welt“. Das ging aber schief: die Europäer wussten nicht, was Mangel ist, die Afrikaner wussten nicht, was Arzneimittel sind, die Amerikaner wussten nicht, was der Rest der Welt ist, die Chinesen wussten nicht, was eine Meinung ist und die Italiener streiten sich seit Jahrzehnten darüber, was unter Ehrlichkeit zu verstehen ist.

Ich hoffe, dass es uns auf unserm Symposium „Zur Bedeutung der Zeit in der Medizin. Für eine zeitliche Kultivierung der Patient-Arzt-Begegnung“ besser gelungen ist, die unterschiedlichen Aspekte und Paradigmen zur Bedeutung der Zeit in der Medizin bezüglich ihrer berechtigten Unterschiedlichkeit, aber auch ihres wechselseitigen Ergänzungspotentials in den Blick zu nehmen.

Was den Zeitmangel betrifft, das Phänomen, dass Ärzte „keine Zeit“ haben bzw. sich nicht in der Begegnung mit ihren Patienten jeweils angemessene Zeitspannen nehmen, so lässt sich dafür eine Vielzahl von Gründen auffinden. Zwei davon möchte ich aufgreifen: Darauf hinweisen möchte ich, dass in der Medizin reflektiert oder nicht reflektiert bereits unsere Denkansätze über die späteren Versorgungsformen entscheiden, ihnen also insofern eine wirklichkeitsstiftende Potenz innewohnt. Unsere Denk- und Wissenschaftsansätze zeitigen in der Medizin stets weitreichende Konsequenzen für unser Gesundheitswesen, sie sind insofern nie praxis- bzw. ethikneutral. Das verweist uns auf unsere Verantwortung, die wir nicht nur in unserem diagnostischen und therapeutischen Tun haben, sondern schon im Hinblick auf unsere Denkansätze, Fragestellungen und Erkenntnisanstrengungen. Noch immer dominiert in der Medizin ein einseitig pathogenetisch ausgerichtetes Denken, dass ausschließlich nach den Ursachen des Erkrankens- und nicht nach denjenigen des

Gesundbleibens und des Gesundwerdens fragt. Im Kontext des Denkmodells der Pathogenese richtet sich das Interesse auf eine kausal- oder Konditionalanalyse des Zustandekommens von Krankheiten, die es nach dem Risikofaktorenkonzept zu vermeiden oder aber zu bekämpfen gilt. Diesem Denkstil entsprechend werden Krankheiten durch äußere oder innere heteronome Einflüsse hervorgerufen; Therapie ist danach im Idealfall ein Rückgängigmachen von Krankheitszuständen durch gegenseitige Kausalprozesse. Dem Kranken ist hier eine nur passive Rolle zugeordnet. Eine ubiquitäre Viktimisierung des Patienten ist die Konsequenz. Je nach Ausrichtung bzw. präferiertem Credo sind es dann Mikroorganismen, Toxine, genetische Defekte, böse Geister, Miasmen, autoritäre Eltern oder repressive Sozialverhältnisse, die als Krankheitsursache herhalten müssen und die mit maximalen Mitteln von der Geburt bis zum Tod bekämpft werden müssen. Da sich hier der Blick auf die Eigengesetzlichkeit des organismischen Geschehens ausgeblendet findet, erübrigt sich auch die Frage nach einer potentiell eigengesetzlichen Zeitgestalt organismischer Prozesse. Berücksichtigt findet sich das Modell der linearen Zeit, mithilfe dessen anorganische Abläufe durchaus angemessen erfasst werden können. Auf die Medizin angewandt führt dies aber dazu, den eigengesetzlichen Zeitbedarf zu verkennen und die therapeutische Effizienz an einer raschest möglichen Beseitigung von Krankheitserscheinungen zu bemessen (Matthiessen 2002a, 2002b, 2004, 2005, 2011b, 2013). Demgegenüber stellt das Konzept der Hygiogenese zwar keine Alternative, aber eine gewichtige Ergänzung dar, auf das ich an späterer Stelle zu sprechen kommen werde (Grote 1920, 1959, 1961; Gutenbrunner 1993, 2006; Gutenbrunner, Hildebrandt 1987; Gutenbrunner, Schwerte 1989; Gutenbrunner, Ruppel 1992; Hildebrandt 1960, 1961, 1962, 1963, 1966, 1967, 1977; Heckmann/Gutenbrunner 2013, Matthiessen 2002b, 2003, 2005, 2011a, 2011b, 2012, 2013a, 2013b, 2014, 2017).

Eine weitere wesentliche Ursache für den Tatbestand des Zeitmangels scheint mir darin zu liegen, dass eine klare und zu Ende gedachte begriffliche Unterscheidung zwischen medizinischen und ökonomischen Elementen bislang nur unzureichend geleistet worden ist. Die Folge ist eine hemmungslose Merkantilisierung auch des Gesundheitswesens. Wie viele meiner- auch ärztlichen- Zeitgenossen stehe ich dieser Entwicklung

sowohl aus ethischen, aber auch aus wissenschaftlichen Gründen kritisch gegenüber. Diese Kritik bezieht sich gleichwohl nicht auf die Ökonomie als eine wichtige Disziplin, die gerade auch in der Medizin einen verantwortungsvollen und sparsamen Umgang mit begrenzten Ressourcen ermöglicht und insofern integraler Bestandteil der Medizinethik sein sollte. Worauf sich meine Kritik richtet ist, dass es statt einer unmissverständlichen Herausarbeitung des Gültigkeitsbereichs beider Disziplinen zu einer unkritischen Kategorienvermischung gekommen ist mit der Folge einer schrittweisen Ökonomisierung des Nicht-Ökonomisierbaren (Matthiessen 2015). Dabei ist es müßig, die eine oder andere Berufsgruppe für den hier zugrundeliegenden Kategorienfehler verantwortlich zu machen. Als Ausdruck einer seit dem vorvergangenen Jahrhundert schrittweise auf die Medizin übertragenen materialistisch-technischen Wissenschaftskonzeption finden wir gegenwärtig die Dominanz eines technischen, einseitig auf Beherrschbarkeit, Verfügbarmachung und Machbarkeit ausgerichteten Denkstils in der Medizin mit der Folge einer biotechnologisch geprägten, auf Krankheitsbeseitigung ausgerichteten, interventionistischen Praxis. Parallel mit dieser Entwicklung, aber dem gleichen verdinglichenden Denkstil entstammend, ist eine am Prinzip der sozialtechnologischen Verfügbarmachung orientierte Sozialgestaltung zu beobachten, derzufolge sich ein vormundschaftliches, experten- und institutionendominiertes Gesundheitswesen entwickelt hat, in dem Gesundheit als machbares Produkt und Gesundheitsgüter sowie Gesundheitsleistungen als vermarktungsfähige Waren aufgefasst werden. Eng damit vergesellschaftet findet sich eine einseitige Fokussierung auf Fehlerfahndung und Kontrolle, was sich in einem rastlosen, sozialtechnologischen und reformlerischen Aktivismus und Interventionismus an einem unter Überregulierung kränkelnden Gesundheitswesen niederschlägt. Diese Problematik lässt sich freilich nicht im Kontext der derzeitigen medizinökonomischen Modebegriffe lösen. Die Auffassung des Arztes als Anbieter von Gesundheitsleistungen und des Patienten als Kunden, als Konsument, als Einkäufer von Gesundheitsgütern führt dazu, dass der Arzt im Zuge einer selffulfilling prophecy zu einem – von der Mehrheit der Ärzte nicht gewollten! – Verkäufer von Gesundheitsleistungen verkommt, also käuflich ist und andererseits der Patient bzw. Bürger zum Einkäufer von Gesundheitswaren mutiert. End-

strecken dieser Entwicklung sind zum einen eine wunscherfüllende Medizin (Kettner 2006, 2009), bei der nicht mehr in Not befindliche Kranke behandelt werden, sondern den Perfektionierungswünschen Gesunder in Form eines ubiquitären Enhancements entsprochen wird. Eine andere Endstrecke ist die „5-Minuten-Medizin“, die, ausgerichtet am kommerzialistischen Slogan „time is money“, sich nicht an der Bedarfslage des individuellen Patienten orientiert, sondern unter der Knute des Kommerz steht (Maio 2014b, 2015; Matthiessen 2015).

Das konterkariert die Patient-Arzt-Beziehung, die ihrem Wesen nach eine Begegnung zweier freier, selbstbestimmungsfähiger Menschen ist, im Rahmen derer der Eine in Folge eines krankheitsbedingten Verlustes an autonomer Lebenspraxis auf dem Boden der freien Arztwahl explizit oder implizit um gesundheitliche Hilfestellung bittet und der Andere vor dem Hintergrund der Behandlungsfreiheit sein Tun als soziale Kunst der individuellen Hilfe für einen krankheitsbedingt hilfsbedürftig gewordenen Mitmenschen begreift (Matthiessen 2015, S. 24).

## Der gute Arzt nimmt sich Zeit

Umfragen zufolge (Stötzner 2001, Sänger 2001, v. Troschke 2001, Lown 2002, Gramsch, Hoppe, Jonitz, Richter-Reichhelm, Ollenschläger 2004, 2005) soll der Arzt in erster Linie genügend Zeit haben, er soll von seinen Persönlichkeitsmerkmalen her mehr Geduld haben, sich wahrhaftig verhalten, er soll zuhören können, ausführlich und vor allem verständlich über die Krankheits- bzw. Gesundheitssituation informieren, über fachliche Kompetenz verfügen, darüber hinaus unterschiedliche Behandlungsoptionen kennen und zudem sachgerecht informieren und die berechnete Autonomie des Patienten respektieren. Er soll über Empathie verfügen, das heißt sich auf die Kunst verstehen, in der Begegnung und beim Diagnostizieren nicht nur eine vergegenständlichte Krankheit zu registrieren und diese in ein Klassifikationsschema einordnen zu können, sondern darüber hinaus zu einem teilhabenden Mitvollzug am erlebten, erlittenen und gelebten Krank-sein in der Lage sein. Zudem soll er die psychosoziale, d. h. familiale, berufliche und biographische Lebenssituation seiner Patienten kennen und bei seinem diagnostischen und therapeutischen Tun berücksichtigen.

Er, der Arzt, soll zudem wissen, was er kann, und wo seine Grenzen liegen. Zudem soll er erreichbar sein, „Menschlichkeit zeigen“ und „kundenorientiert arbeiten“ (Dierks 1995, zitiert bei Gramsch, Hoppe, Jonitz, Richter-Reichhelm, Ollenschläger 2003). Ich selbst spreche hier lieber von der freien, intrinsisch motivierten Bereitschaft, das Handeln und sich Verhalten an der individuellen Situation des Patienten zu bemessen.

## **Als Problem- und Kritikpunkte ärztlichen Verhaltens werden hingegen genannt:**

Ärzte haben zu wenig Zeit, sie hören zu wenig zu, die Aufklärung und Beratung ist unzureichend, sie sprechen in einer unverständlichen Sprache. Früher haben die Ärzte Lateinisch gesprochen, heute sprechen sie Englisch. Der gute Arzt sollte die Sprache seiner Patienten sprechen.

Ärzte haben die einseitige Definitionsmacht und das Deutungsmonopol. Es werde häufig Druck ausgeübt in Richtung bestimmter Therapieansätze und Behandlungsmethoden ohne Berücksichtigung der Patientenpräferenzen. Als weitere Kritikpunkte kann man hören, dass die Ärzte ihre Interessen nicht offen legen und im Hinblick auf ihre Informationsquellen einseitig von der Pharmaindustrie und deren Interessen abhängig sind. Unzufriedenheit herrscht zudem im Zusammenhang damit, dass sich Patienten bei Behandlungsfehlern allein bzw. im Stich gelassen fühlen, dass sie, die Patienten, nicht wissen, was für Beträge für die Behandlung abgerechnet werden und auch, dass die Wartezeiten oft zu lang und die „Dienstleistungsqualität“ nicht selten als unzureichend angesehen wird (Sänger 2001, Stötzner 2001, Ollenschläger 2004 u. 2005).

Die Frage, was aus ärztlicher Sicht den „guten Arzt“ ausmacht, ist innerhalb der Ärzteschaft selbst und in letzter Zeit immer nachdrücklicher international, aber auch in Deutschland gestellt worden. International ist schon in den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts in den USA, aber auch in verschiedenen europäischen Ländern an konsentierten Sichtweisen und der Erarbeitung von Orientierungshilfen gearbeitet worden, die im Jahr 2002 unter dem Titel „Medical Professionalism in the New Millenium: A Physican Charter“ publiziert worden sind. (American Society of Internal Medicine, European Federation of Internal Medicine, 2002)

und im Deutschen die Bezeichnung: „Charta zur ärztlichen Berufsethik“ tragen (Internationale Konferenz der Ärztekammern: Grundsätze ärztlicher Ethik, Europäische Berufsordnung, 1987).

In Deutschland sind Publikationen zu dem, was unter einem „gutem Arzt“ zu verstehen ist, insbesondere durch Jürgen von Troschke (v. Troschke 2001), Klaus Dörner (Dörner 2003), Helmut Kiene und Hermann Heimpel (Kiene/Heimpel 2010), durch Giovanni Maio (Maio 2014a, 2014b, 2015, 2017), aber auch in einem von Claudia Witt (Witt 2010) herausgegebenen Tagungsband „Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht“ sowie durch Publikationen von mir selbst (Matthiessen 1984, 1998, 2002b, 2003, 2006a, 2006b, 2011a, 2011b, 2012) und weiteren Autoren erschienen.

Zum guten Arzt gehört, dass er sein „Handwerk“ beherrscht. Dazu gehören neben gründlichen Kenntnissen des biologisch-naturwissenschaftlichen sowie psychosozialen Wissens und die Fähigkeit zur eigenständigen, kritischen Beurteilung der Gültigkeitsbereiche dieses Wissens, die Fähigkeit zur Empathie, die Fertigkeit also, den Kranken in seinem erlebten und gelebten Kranksein im Sinne einer partiellen Identifikation teilhabend-mitvollzöglich erfahren und dadurch verstehen zu können. (Theunissen 1977, Morse, Andersen, Botorf 1992, Kalitzkus, Wilm, Matthiessen 2009, Maio 2014a, 2014b, 2015, 2017, Prekop 2002, Terzioglu, Jonitz, Schwantes, Burger 2003, Matthiessen 1984, 2006a, 2006b, 2012, 2013, v. Troschke 2001).

Zu einem guten Arzt gehört zudem die Fähigkeit zur realistischen Situationserfassung, das heißt die Kompetenz, den individuellen Kranken in seinem biologischen, psychologischen, sozialen, aber auch biographischen Gesamtzusammenhang erfassen zu können und, neben dem Erkennen der jeweiligen Typologien, auch die Einzigartigkeit des Kranken und die lebensgeschichtliche Unwiederholbarkeit der vorgefundenen Krankheits-situation gewahr werden zu können. (Matthiessen 2002b, 2006a, 2006b, 2011a, 2011b, 2012) Neben der Kunst des Zuhörens im Hinblick auf Gesagtes und Nichtgesagtes (Hammel 2014, Maio 2017, Matthiessen 2017) sowie der Bereitschaft, das am Kranken Erkannte auch an-erkennen zu können, erweist sich der gute Arzt, den zu charakterisieren ich hier keine Vollständigkeit anstrebe, als eine Persönlichkeit, die zur eigenständigen diagnostischen Erkenntnisbildung ebenso wie zu angemessener Therapiefindung in der Lage ist und sich gerade deshalb als dialog-und

kooperationsbereit erweist, dies zuvörderst mit seinen Patienten, aber auch mit ärztlichen und nicht ärztlichen Kollegen und weiteren, für eine bestmögliche ärztliche Hilfestellung relevanten Personen. Ergänzend zu seinem Wissen und Können braucht der gute Arzt den Willen zur lebenslangen Lernfähigkeit und zu einer gesundheitlichen Problemlösungskompetenz, die sich nicht am eigenen intellektuellen Schlichtheitsbedürfnis bemisst, sondern an der Vielschichtigkeit und Vieldimensionalität des Menschen und dessen individueller Krankheitssituation. Um dem angemessen entsprechen zu können, muss sich der gute Arzt die hierzu notwendigen zeitlichen Freiräume schaffen und nehmen.

Dort, wo der Arzt bei der Versorgung und Betreuung seiner Patienten eine integrative Medizin betreibt, wie sie das Dialogforum Pluralismus in der Medizin anstrebt, nämlich unterschiedliche Denk- und Praxisansätze in der Medizin im Sinne einer rationalen Pluralität zusammenfasst, stellt sich darüber hinaus die Aufgabe, eine gesundheitliche Problemsituation eines Kranken oder einer Krankheit aus unterschiedlichen Perspektiven zu verfolgen.

Um den Menschen in seinen Erkrankungs- und Gesundheitsprozessen umfassend, das heißt im Hinblick auf seine vieldimensionale Existenz als physisch-materielles, leiblich-lebendiges, seelisch erlebendes und sich darlebendes sowie geistiges, zu Selbsterkenntnis, Selbstbestimmung und Selbstentwicklung befähigtes Wesen ins Auge fassen zu können, stellt sich die Aufgabe, ihn durch eine Perspektivenpluralität hindurch zu er- bzw. zu umfahren, um so im Idealfall zu einer Perspektivenkonsektion zu gelangen.

Beim Gesamt der Merkmale, die den guten Arzt ausmachen, handelt es sich gleichwohl nur zum geringen Teil um formales Wissen- und schon gar nicht um die gläubige Übernahme und Anwendung von evidenzgestützten Leitlinien. Die wesentlichen Eigenschaften des guten Arztes sind die an seine Person gebundenen Fertigkeiten, die berufssoziologisch als professioneller ärztlicher Habitus bezeichnet werden. Neben dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand macht diese skillbasierte gesundheitliche Problemlösekraft im Wesentlichen dasjenige aus, was wir als Professionalität bezeichnen. (Oevermann 1976, Ollenschläger 2004, 2005, Kiene, Heimpel 2010, Matthiessen 2003, 2005, 2006a, 2006b, 2012a, 2013). Sie weist sich dadurch aus, dass sie das allgemeine medizinische Wissen

und damit auch die Ergebnisse der Evidenzbasierten Medizin, bei denen es sich ja lediglich um Unterschiede in den Mittelwerten von Kollektiven handelt, vor dem Hintergrund berufsspezifischer ärztlicher Erfahrung und kraft der an der Praxis für die Praxis erworbenen individuellen Urteilskraft ent-allgemeinert und re-individualisiert. (Matthiessen 1998, 2002b, 2003, 2006a, 2006b, 2012) Einer individuellen Medizin, die über die typologischen Aspekte hinaus, deren Merkmale ihre Austauschbarkeit und Wiederholbarkeit sind, die Einzigartigkeit, also die Unaustauschbarkeit des Kranken und die Einmaligkeit, also die Unwiederholbarkeit der Begegnungssituation in den Blick nimmt, stellt sich die Aufgabe, das in allgemeiner Form vorliegende Wissen im Sinne eines schrittweisen Konkretisierungsprozesses im wörtlichen Sinne, also einem Prozess des schrittweisen Zusammenwachsens mit dem Kranken, dem Kranken so anzuverwandeln, dass sich daran eine individuelle therapeutische Hilfestellung ermöglicht.

Eine Diagnostik, die erweitert ist um das Element des empathischen Gewährwerdens des patientenseitig erlebten Krankseins, vermittelt dem Arzt nicht nur eine größere Nähe zum Patienten, eine intensivere Form des Mitseins, sie stützt sich zudem nicht mehr nur auf ein kognitiv-intellektuelles Wissen, sondern auch auf das Fühlen und Wollen des Arztes, auf eine mit-empfindende und eine volitional-mitvollzügliche Anverwandlung des „ganzen“ Arztes an das in mir als Arzt umfassend zum Bewusstsein gebrachte Leid des Kranken. Eine um das Element der Herzenserkenntnis erweiterte und uns mithin das Herz erwärmende Diagnostik veranlasst in unserem Innern den Willen, dem Mitmenschen zu helfen, sie wird zum Quellort des „Heilerwillens“ des Arztes (Steiner 1989, 1922, Prekop 2002, Matthiessen 2012).

## Zum Verhältnis von Medizin zur Ökonomie

Die alte Frage nach dem grundsätzlichen Verhältnis von medizinischen und ökonomischen Kategorien stellt sich gegenwärtig mit zugespitzter Aktualität. Erneut möchte ich aber deutlich machen, dass sich meine Kritik nicht an die Ökonomie bzw. die Ökonomen richtet, sondern auf eine nicht hinreichend trennscharfe Diskriminierung zwischen medizini-

schen und ökonomischen Größen; auf Kategorienfehler, die dazu geführt haben, dass die wichtige und berechtigte Aufgabe der Ökonomen, die ja darin besteht, es den im Gesundheitswesen in der Patientenversorgung tätigen Berufen zu ermöglichen, ihre medizinischen Leistungen möglichst individuell angemessen, also in Form einer bestmöglichen Ressourcenallokation zu erbringen, sich auf Bereiche ausgedehnt hat, für die ihnen ein Heimatrecht keineswegs eingeräumt werden kann. Das aber setzt die Identifizierung und die Respektierung der kategorialen Unterschiedlichkeit ökonomischer und medizinischer Qualitäten voraus. Die Ökonomie, will sie valide Aussagen machen und belastbare Daten für Kostenrechnungen liefern, ist darauf angewiesen, die Objekte, mit denen sie sich befasst, zur Ware zu machen, also ihre materialen Begriffe wie Angebot und Nachfrage, Produktion und Konsumtion etc. in Anschlag zu bringen. Aus Gründen einer manischen und nahezu ubiquitären Eroberung aller Lebensbereiche durch materiale Begriffe der Ökonomie und den ganz anders gearteten Sachbereichen in den verschiedenen Bereichen des sozialen Lebens halte ich die Herausarbeitung trennscharfer Grenzen für unverzichtbar (Matthiessen 2015).

Gesundheit, Krankheit, Heilung, das Arzt-Patient-Verhältnis, aber auch die vom Bürger bzw. vom Patienten nachgefragten Gesundheitsleistungen, die vom Arzt erbracht werden, sind keine ökonomischen Größen! Die diagnostische Treffsicherheit, die individuelle Therapiefindung, die empathische Teilhabe am Befinden bzw. am Leid des Kranken, einfühlsames Begleiten im Rahmen einer chronischen Erkrankung, die Befähigung des Kranken zur gesundheitlichen Selbstkompetenz und vieles andere mehr, das alles sind keine ökonomischen Kategorien! Alle diese Elemente sind keine Waren. Vieles von dem, was unter der Bezeichnung Gesundheitsökonomie in den vergangenen Jahrzehnten sich artikuliert hat, scheint mir aber ein Ergebnis dessen zu sein, dass das Verhältnis zwischen ökonomischen und medizinischen Begriffen nicht abschließend geklärt worden ist – und dass demzufolge ökonomische Begriffe sich der Medizin bzw. des Gesundheitswesens bemächtigt haben mit dem Ziel, den vorgenannten medizinischen Elementen Warencharakter zu verleihen, um sie vermarktungsfähig zu machen. Das hat zu einer Ökonomisierung des Nicht-Ökonomisierbaren geführt, genauer: zu einer Kommerzialisie-

zung der Medizin, die mit der ethischen Grundposition der Medizin nur schwer vereinbar ist (Maio 2014a, 2014b, Matthiessen 2015) und deshalb auch von der großen Mehrzahl der Ärzte als störend empfunden und als unangemessen abgelehnt wird (Ulmer Papier, 111. Deutscher Ärztetag, 2008). Die Bezeichnung Medizinökonomie suggeriert zudem, dass die Medizin bzw. das Gesundheitswesen lediglich ein besonderer Teil des Wirtschaftslebens sei. Die Güter in der Medizin sind aber keine ökonomischen Güter! Und auch die Gesundheitsleistungen stellen nicht etwa nur einen Sonderfall der Dienstleistungsökonomik zwischen gesundheitsbezogenen Leistungsanbietern und Leistungsnachfragern dar. Ich möchte es pointiert ausdrücken: Soweit ich sehe, gehört die Medizin nicht zum Wirtschaftsleben, sondern, wie beispielsweise die Pädagogik, zum Kulturleben. Sie wird, wie andere Bereiche des Kultur- bzw. Geisteslebens auch – nämlich Schulen, Fachhochschulen, Universitäten, Forschungsinstitute, Kultureinrichtungen etc.-, durch die Wirtschaft als Ganzes ermöglicht. In ökonomischer Hinsicht kommt der Medizin als Ganzes lediglich eine, wenn auch bedeutsame, indirekte ökonomische Wertform zu.

In der Medizin entfaltet das Marktmodell durchaus nicht seine aus anderen Bereichen bekannte Selbstbegrenzung. Aus den gleichen Gründen, nämlich infolge fehlender Selbstlimitation, hat sich auch die Honorierungsform der **Einzelleistungsvergütung** als problematisch erwiesen. Alle ärztlichen Leistungen werden dabei einzeln auf Grundlage einer Gebührenordnung honoriert. Da diese Honorierungsform sicherstellt, dass der Arzt für die Gesamtheit seines Leistungsvolumens auch tatsächlich in vollem Umfang honoriert wird, war sie verständlicherweise die von den Ärzten und ihren Verbänden favorisierte Honorierungsform. Bei der gegebenen Angebotsdominanz auf dem „Arztleistungsmarkt“, bei dem der Arzt wegen seines Informationsmonopols weitgehend die Nachfrage bestimmt, besteht die Tendenz, unnötige oder gar gesundheitsschädigende „Leistungen“ zu produzieren. Im Kontext einer nicht plafondierten Einzelleistungsvergütung waren denn auch eine ungebremsste Inflationierung und Mengenausweitung von Gesundheitsleistungen, die bei gewissenhafter Prüfung nicht indiziert waren, zu beobachten. Ein Phänomen, das im Rahmen eines technischen Denkstils und einer damit zusammenhängenden Machbarkeitsmanie ohnehin die moderne Medizin

charakterisiert, ist ihre interventionistische Ausrichtung, das heißt die Tatsache, dass sie auch dort interveniert, wo ein sorgfältiges Abwarten nicht nur die gesündere, physiologischere, sondern auch die kostengünstigere Variante wäre – oder gar dort, wo der „gute Arzt“ bemerkt, dass der Erkrankte im Zuge eigener, spontanremissiver, autosalutogenetischer Selbstheilungsvorgänge eine therapeutische Intervention nicht benötigt und deshalb die bewusste Unterlassung einer therapeutischen Intervention das Angemessenste ist. Eine nicht klar plafonidierte oder nur milde gedeckelte Einzelleistungsvergütung führt in der Regel zu einer Leistungsausweitung in einem Ausmaß, dass der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in der Vergangenheit in einem seiner Gutachten darauf hingewiesen hat, dass unter ungedeckelten Bedingungen Überangebote zu erwarten sind, die gesundheitsgefährdend sein können (Sachverständigenrat, Gutachten 2005).

Vieles spricht daher dafür, nach vernünftigen **pauschalieren Honorierungsformen** ärztlicher Leistungen Ausschau zu halten. Aber abgesehen von der Kopfpauschale sei hier vermerkt, dass alle diese pauschalieren Honorierungsformen krankheitsbezogene Incentives beinhalten. Auch bei der Fallpauschale entspricht es dem Einkommensinteresse des Arztes, dass die Patienten ihn in jeder Abrechnungsperiode wieder konsultieren – dass sie, zugespißt formuliert, ständig „kleine“, also nicht aufwandsintensive Leiden haben. Ein weiterer Anreiz von Fallpauschalen ist es, bei einem Patienten pro Quartal möglichst wenige Behandlungen durchzuführen, die Behandlung also nach Möglichkeit über mehrere Rechenperioden zu strecken.

Dagegen eröffnet die Vergütung nach der Zahl der potentiellen Patienten, also nicht eine pauschalierte Vergütung nach Fällen, sondern eine **Kopfpauschale für eingeschriebene Bürger (Capitation)** – als einzige Honorarform ein gesundheitsbezogenes Anreizsystem. Dabei schreibt sich jeder Bürger, unabhängig davon, ob er gesund oder krank ist, bei einem Hausarzt seiner Wahl ein. Der Gesunde darf nun auch unter ökonomischen Gesichtspunkten gesund bleiben, der Arzt hat hier auch ökonomisch ein Interesse daran, dass der gesunde Bürger gesund bleibt; er wird ihn deshalb gegebenenfalls präventiv bzw. gesundheitsfördernd beraten. Beim akut Kranken besteht auch vom Arbeitsaufwand her ein

Interesse an einer raschen Gesundung. Beim chronisch Kranken stellt sich die – gleichwohl durchaus lösbare – Aufgabe, einem überzogenen Überweisungsverhalten an Fachärzte entgegenzusteuern (Im Übrigen soll es ja mal Zeiten gegeben haben, in denen das ärztliche Abrechnungsverhalten etwas mit Ehre, nämlich mit Berufsehre, zu tun gehabt hat, weswegen das Einkommen hier die Bezeichnung Honorar trägt). Das unter den Bedingungen der Kopfpauschale, auf dem Boden der freien Arztwahl, aber unter Kontraktionspflicht mit interessierten und nach Hilfe fragenden Bürgern erwartete Einkommen des Arztes hängt von der Zahl der potentiellen Patienten und – zumindest längerfristig – vom durchschnittlich angestrebten Behandlungserfolg ab. Mein bisheriges Plädoyer für eine Kopfpauschale war an ökonomischen Gesichtspunkten orientiert. Diese Honorierungsform impliziert aber noch eine weitergehende, eng mit der ärztlichen Ethik verbundene Qualität. Indem die Vergütung nach potentiellen Patienten sowohl den beratungsbedürftigen gesunden Bürger als auch den auf ärztliche Behandlung angewiesenen Kranken umfasst, ist sie geeignet, die Gesunderhaltung und das Gesundwerden in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stellen. Damit entfällt die Gefahr, dass – gewollt oder ungewollt – das Kranksein, die krankheitsbedingte Not des Anderen zu Erwerbsquelle des Arztes wird. Der entscheidende Punkt scheint mir aber zu sein, dass der Vergütungsform der Kopfpauschale eine Entkopplung von Arbeit und Einkommen zu Grunde liegt. Das aber setzt voraus, dass der Arzt sich statt über pekuniäre Anreize über seinen Willen zur ärztlichen Hilfestellung in der Ausübung seines Berufes motiviert. Diese Form der ärztlichen Einkommensbildung ist insofern ein soziales Übungsfeld für die Ausbildung einer anders ausgerichteten ärztlichen Hilfestellung: Statt Profitorientierung ist es das Interesse an und die Liebe zum Mitmenschen, der aus gesundheitlichen Gründen der Hilfe bedarf. Bei der Kopfpauschale findet sich der Mantel der Freiberuflichkeit von Ärzten getragen, die ihr Handeln selbstgesetzgeberisch in innerer Freiheit praktizieren (Matthiessen 2015).

Zunehmend sprechen wir vom Erfordernis eines bürgerorientierten, partizipativen Gesundheitswesens, in dem der gesundheitsbewusste Bürger nicht nur anspruchsvoller Konsument von Gesundheitsleistungen ist, sondern aktiv, eigeninitiativ und eigenverantwortlich seine Gesunderhaltung

und die eigene Mitwirkung bei der Auseinandersetzung mit Krankheit in die Hand nimmt. Für den Arzt bedeutet dies die Herausforderung, eine auf Beherrschbarmachung ausgerichtete Praxis zu ergänzen um die Anerkennung der Eigengesetzlichkeit und der relativen Autonomie seiner Patienten auf organismischer, seelischer und personal-geistiger Ebene. Dazu braucht er aber vor Ort in der Begegnung mit dem Patienten einen Gestaltungsfreiraum für eine kreative und verantwortungsvolle Ausübung seines freien Berufs im Sinne einer mit dem Professionsbegriff assoziierten Autonomie. Dies im Sinne einer *Freiheit von* die berufliche Kreativität einschränkenden Fremdbestimmungen und auch im Sinne einer *Freiheit für* Initiativbildungen, die sich an den Patientenbedürfnissen und auch am Sozialwohl gleichermaßen orientieren. Um also die Elemente Eigeninitiative und soziale Verantwortung in unserem Gesundheitswesen als verschütete Schätze wieder zu entdecken und zu stärken, sollte ein zentraler Ort des Leistungsgeschehens, nämlich die Patient–Arzt-Beziehung, den Gestaltungsfreiraum erhalten, der notwendig ist, damit dieses gesundheitsbezogene Arbeitsbündnis, innerhalb dessen der gesundbleibende, der gesundwerdende und der gesund-werden-wollende Bürger ein zentraler Leistungsträger ist – und die Leistung des guten Arztes zu wesentlichen Teilen darin besteht, seine aktuellen oder potentiellen Patienten auf unterschiedlichen Ebenen gesundheitlich zu befähigen. Dieser Ort des gesundheitsbezogenen Leistungsgeschehens, nämlich die Patient–Arzt-Beziehung ist in der Vergangenheit zunehmend entmündigt worden, indem der Arzt unter die Vormundschaft der Kassenärztlichen Vereinigung und der Patient bzw. der Bürger unter diejenige der Krankenkasse geraten ist. Soll sich die Patient–Arzt-Begegnung in Zukunft zu einem Ort entwickeln, an dem in personaler Verantwortung eigeninitiativ und kreativ gesundheitliche Probleme gelöst werden und bei der Inanspruchnahme der notwendigen Ressourcen zudem ein Sozialsinn geübt und Solidarität praktiziert wird, dann gilt es, so meine ich, diesen Ort mit der notwendigen Gestaltungsfreiheit auch im Hinblick auf die Ressourcenallokation auszustatten. Das setzt aber voraus, dass für das Gesundheitswesen als Ganzem Rahmenbedingungen geschaffen werden, die nachgeordnet eine Deregulierung erlauben, um die dem Gesundheitswesen innewohnenden, aber derzeit noch weitgehend brach liegenden Potentiale zur Entfaltung

zu bringen. Als eine weitere, unabdingbare Aufgabe stellt sich hier die Erarbeitung einer ebenso maßvollen wie nachhaltigen Priorisierung. Statt der steten Ausweitung immer spezialisierterer professioneller Leistungsangebote dürfte eine solche Aktivmedizin zudem zu einer Entmythologisierung der professionellen Leistungsangebote in der Medizin führen und die Entwicklung eines Gesundheitswesens fördern, in dem der Bürger nicht als potentieller Kunde angesehen, sondern gezielt dazu befähigt wird, soweit als möglich sein eigener Arzt zu sein (Matthiessen 2002b, 2015). Um dies zu erreichen, braucht es eine Auffassung von Zeit, die diese – befreit von der Knute der Kommerzialisierung – als flexible und der jeweiligen Patient-Arzt-Begegnungssituation anverwandlungsfähige Größe versteht. Um dies zu ermöglichen, scheinen mir die vorangehend skizzierten sozioökonomischen Rahmenbedingungen besser geeignet als die bestehenden.

## Kleine Reiseführung durch den Tagungsband

### Zeit für die Patient-Arzt-Begegnung in Medizingeschichtlicher Paradigmenvielfalt

Dass die Vorstellungen zur Bedeutung der Zeit in der Medizin einem medizin-und kulturgeschichtlichen Wandlungs- und Entwicklungsprozess unterliegen, findet sich eindrucksvoll im einleitenden Beitrag von Heinz Schott anhand der Schilderung von fünf verschiedenen „Dimensionen der Zeit“ veranschaulicht: Einer „zyklischen Zeit“ liegen vielfältige Gesichtspunkte zu „kosmischen Korrespondenzen bei Gesundheit und Krankheit“ zugrunde, wobei die Korrespondenz zwischen Mikrokosmos (Mensch) und Makrokosmos (Welt) in unterschiedlichen Ausformungen von der antiken Medizin über die Schriften des Paracelsus<sup>1</sup> bis hin zur modernen Chronobiologie sich erstreckt. Als eine weitere Dimension skizziert Schott die „transzendierende Zeit“, deren Konzeption eine „Annäherung an die göttliche Natur“ beinhaltet. Sie findet sich in der Alchemie der frühen

---

1 Anmerkung: Wenn nicht anders gekennzeichnet, beziehen sich alle Zitate der in diesem Band enthaltenen Artikel auf die dort aufgeführte Literatur und werden hier nicht gesondert ausgewiesen.

Neuzeit, zeigt eine deutliche spirituelle Ausrichtung und erreicht in der Frage des Paracelsus nach dem „Arcanum“, das in paracelsischer Sicht „ein gewaltiger Himmel in der Hand des Arztes“ ist, in der Trias Gott-Natur-Mensch innerhalb des Weltbilds der alchemistisch-magischen Medizin und Naturforschung einen Höhepunkt.

Als ein weiteres Zeit-Paradigma findet sich die „aufgebrochene Zeit“ angeführt, worunter Heinz Schott sowohl das krankmachende als auch das heilende Eingreifen geistiger Mächte in der Medizin in Form von „Einfällen, Anfällen, Besessenheit“ durch „dämonische Mächte“ versteht. Eine Folge sind sowohl menschliche Gewalttaten und Naturkatastrophen als auch Enthusiasmus und Ekstase. Auch dieses temporale Paradigma erstreckt sich in der historischen Entwicklung von der Weissagekunst der Antike bis zu Phänomenen, die heute in Form von Hellsehen, visionären Prophezeiungen, telepathischen Fernheilungen, aber auch Somnambulismus mehrheitlich dem Bereich der Parapsychologie zugerechnet werden.

Als „totalitäre Zeit“ bezeichnet Schott die „Dogmatik der naturwissenschaftlichen Medizin“ in Folge ihres „Anspruchs der Ausschließlichkeit“ und ihres „ungeheuren Fortschrittsglauben“. „Diese alle Welträtsel umspannende Zeit“ lasse „keinen Raum für andere insbesondere religiöse Zeitdimensionen“. Für Schott ist es „frappierend“, dass die heutige Molekularbiologie von einem Zusammenspiel ungezählter Regulationsvorgänge ausgeht und dies im Einzelnen immer genauer erforscht, aber letztlich Werden und Vergehen, die biologisch inhärente Zeitstruktur des Organismus, den „Sinn“ derselben, nicht oder noch nicht erklären kann. Der Tod müsse „doch als die größte Absurdität das evolutionsbiologische Denken aufwühlen, denn welchen Sinn“ solle „die Evolution des Lebens ergeben, wenn am Ende der Tod“ steht.

Schließlich bekundet Schott als eine weitere Dimension der Zeit „das eigentümliche Bestreben der Menschen [...], die Zeit des Vergehens anzuhalten, zurückzudrehen, vergessen zu machen [...] ein Werden ohne Vergehen zu produzieren“. Diese zeitliche Dimension kann, so Schott, als „vertriebene Zeit“ bezeichnet werden, was auch mit „Zeitvertreib“ und „die Zeit totschiessen“ assoziiert werden kann. Es geht um die Produktion von Schönheit und Verjüngung und eine damit einhergehende „riesige außermedizinische Wellness-Industrie“. Der „Jungbrunnen“ ist hier der

metaphorische Fokus aller Verjüngungsphantasien, ein Kampf gegen das Altern mit dem Bestreben, „den Verfall aufzuhalten, das Vergehen hinauszuschieben“. Hier helfe, so wird von Schott pointiert hervorgehoben, „nur eine Rückbesinnung auf die *conditio humana*, auf unsere anthropologische Verfasstheit“ weiter. Es gelte, „demütig einzusehen, dass unsere Lebenswelt begrenzt ist, in der ein ständiges Werden und Vergehen“ sich ereigne.

In einer resümierenden Schlussbetrachtung vertritt Schott die Auffassung, „dass keine einzelne Dimension die anderen beherrschen darf“, es komme eher auf eine „synoptische sympathetische, synästhetische „Ahn(d)ung“ an, die nur durch „Selbstanalyse“ gewonnen und zugleich vor „doktrinärer Verengung“ geschützt werden müsse. Nur dann könne eine „geglückte Begegnung von Arzt und Patient zustande kommen, wenn für die verschiedenen Zeitdimensionen ein Resonanzraum offen“ stehe, „in dem angeschlagene Töne gemeinsam gehört werden können“. Eine „zeitliche Kultivierung der Begegnung von Arzt und Patient“ könne allerdings „nicht auf einer Einbahnstraße erreicht werden: nämlich vom Arzt in der Rolle des Experten zum Patienten in der Rolle des zu erziehenden „edlen Wilden““.

„Patienten haben ihre eigene Expertise und ihre eigenen Erfahrungen mit der Zeit. Es hängt nun von der Kunst des Arztes ab, sich für die verschiedenen Dimensionen und Typen des Zeiterlebens seines Patienten so zu öffnen, dass eine Resonanz, ein gemeinsames Hören möglich wird“.

## Die Geduld als Elementartugend der Medizin

Um dieser Kunst des Zeiterlebens in unterschiedlichen Dimensionen entsprechen zu können, bedarf es, wie Giovanni Maio in einer meisterhaft verfassten Abhandlung über die Bedeutung der Geduld in der Medizin darlegt, einer „Rückbesinnung auf die Geduld“ als den „Rettungsanker der eigentlichen Identität der Heilberufe“. Aber „die moderne Medizin“, so Maio, „ist durch nichts anderes mehr geprägt als durch den strukturell über sie verhängten Zeitdruck“. Die von Giovanni Maio in sechs Punkten untergliederte „Phänomenologie der Geduld“ gleicht in ihrer differenzierten Gedankenverflechtung und auch in ihrem sprachlichen Gewandt viel eher einem philosophischen Kunstwerk, so dass ich eine Scheu empfinde, es in gekürzter Form wiederzugeben. Dies gilt zwar für alle der in diesem

Band versammelten Beiträge, trifft gleichwohl im Besonderen auf den Maioschen Wissenschaftsessay „Beschleunigen heißt Unterbrechen. Zur Bedeutung der Geduld in der Medizin“ zu. Ich beschränke mich daher auf eher hinweisende denn referierende skizzenartige Anmerkungen. Vor dem Hintergrund, dass „die medizinische Versorgung als bedeutender Teil einer sozialen Errungenschaft“ entgegen den Erwartungen bezüglich der „politischen Vorgaben und die etablierten Anreizsysteme so ausgerichtet sind, dass die Medizin immer mehr einem Wirtschaftsunternehmen gleich auf eine schnelle und standardisierte Durchschleusung von Patienten ausgerichtet wird“, wodurch das Verhalten der Heilberufe und ihr Selbstverständnis immer mehr nach dem „Leitwert der Schnelligkeit, Stromlinienförmigkeit und Reibungslosigkeit“ ausgerichtet werden, ist es dem Autor ein Anliegen, „gegen den Strom der Zeit zu denken“ und der „Präjudiz für die Stromlinienförmigkeit andere Werte entgegen zu halten, die geeignet erscheinen, den genuin sozialen Gehalt der Medizin zu stützen“. Ziel des Beitrags von Maio ist es, aufzuzeigen, wie sehr neben anderen essentiellen Werten (siehe Maio 2015) „gerade die Geduld einen identitätsstiftenden Wert der Medizin darstellt, der auch und gerade im Zeitalter der Zeit-ist-Geld-Ideologie gerettet werden muss“. Im Weiteren beantwortet Maio die Frage nach dem Wesen der Geduld auf brillante und in hohem Maße denkanstoßende Weise aus sechs Gesichtspunkten, mit dem sich zu befassen ich dem Leser nachdrücklich anrate und deshalb hier nur die Zwischenüberschriften nenne: 1. Geduld als innere Aktivität. 2. Geduld als Respekt vor der Zeit. 3. Geduld als Haltung der Milde. 4. Geduld als Liebe zur Sorgfalt. 5. Geduld als vertrauensvolles Verhältnis zur Zukunft. 6. Geduld als nächstiftende Kraft.

Was die zuletzt genannte Facette betrifft, so erlaube ich mir hier entgegen meinem zuvor genannten Entschluss einige wenige Zitate: „Der geduldige Mensch ist eben nicht derjenige, der sich gemüßigt fühlt, sich abzugrenzen, sich zu behaupten, sich in Pose zu stellen. Der geduldige Mensch ist vielmehr derjenige, der den anderen ernst nimmt und ihn zur Sprache kommen lässt, weil geduldig seiend die Zuversicht auf das Gemeinsame zum eigentlich tragenden Grund des eigenen Verhaltens wird.“ „Etwas Grundlegendes wird hier deutlich: die Geduld ist eine von Grund auf relationale Tugend; sie ist auf den anderen ausgerichtet, sie

ist getragen von der Grundhaltung der Aufmerksamkeit. Nichts ist der Geduld fremder als die Gleichgültigkeit, denn der gleichgültige Mensch ist zur Geduld unfähig, auch wenn sein Verhalten dem des Geduldigen ähnelt. Aber ein Verhalten, das nicht die Nähe des anderen wahrnimmt und das nicht von Anteilnahme und tiefer Rücksichtnahme geprägt ist, kann nicht als Geduld beschrieben werden. Unabdingbar gehört zur Geduld die Hinwendung zum anderen, denn geduldig zu sein bedeutet ja nicht weniger als dem anderen die Möglichkeit seiner Artikulation zu eröffnen. Indem ich geduldig bin, ermögliche ich das Wort des anderen. Deswegen ist die Geduld die stille Manifestation einer verstehen wollen- den Zuwendung“. „Dieser Zuwendungscharakter der Geduld hat damit zu tun, dass die Geduld eine Form des Wartens ermöglicht, mit der eine Grundhaltung der Offenheit verbunden ist. Das lässt sich schon begrifflich herausarbeiten, denn das Warten, das durch die Geduld erst eröffnet werden kann, ist etwas anderes als das Erwarten, das charakteristischerweise eher mit Ungeduld verbunden ist. Nicht umsonst sagen wir, dass jemand etwas „nicht erwarten kann“. Wir würden aber nie sagen, dass der Wartende etwas nicht erwarten kann“.

„Der geduldige Mensch, der zum Warten befähigt wird, ist ein Mensch, der aufmerksam bleibt, ohne den anderen auf eine ganz bestimmte Erwartung zu reduzieren. Die Geduldhaltung bleibt also eine Zuwendungshaltung, vermöge der Bereitschaft, offen für den anderen zu bleiben, denn das ist das Faszinierendste an der Geduld, dass sie dazu befähigt, beim anderen zu sein, ohne sich auf eine bestimmte Form der Hilfe im Vorhinein festgelegt zu haben. Die Geduld ist es, die dazu befähigt, den anderen zur Sprache bringen zu lassen, um dann die richtige Antwort zu finden. Allein in der Grundhaltung der Geduld ist eine Bereitschaft, für den anderen da zu sein, mit verankert; die Geduld ist somit eine Art stille Zusicherung des Dableibens, eine Zusicherung, für den anderen da sein zu wollen und eben nicht voreilig zu verschwinden“. Aber Maio belässt es nicht bei dieser Beschreibung. Entsprechend seiner bestechend-unbestechlichen Differentialphänomenologie der Geduld beleuchtet er auch eine Kehrseite der Geduld: „So gibt es auch eine Schattenseite der Geduld, die vielleicht deren schweren Stand in unserer Zeit weiter erklären kann. Denn es macht einen großen Unterschied, ob man sich aus Einsicht und Überzeugung

in Geduld übt oder ob man zur Geduld aufgerufen wird. [...] Denn zu tief verankert ist unser Bewusstsein dafür, dass nur derjenige, der Macht hat, auch warten lassen kann. Das Warten ist insofern doppeldeutig; es kann Ausdruck innerer Stärke sein oder auch Ausdruck eines erlittenen Machtgefälles. Und so auch die Geduld. Wer zur Geduld ermahnt, betont seine Macht und unterstreicht die Machtlosigkeit des Ermahnten. Genau hierin liegt die Ambivalenz des Wartens und der Geduld. [...] „Haben Sie doch etwas Geduld“ oder „Wir bitten Sie zu warten“ zeigt auf, dass diese an sich schönen Begriffe in Kontexten verwendet werden, die zu Recht negative Assoziationen wecken. Diese gilt es mit zu reflektieren, wenn die Geduld als Tugend herausgearbeitet wird. Und da zeigt sich eben, dass man der Geduld nur dann gerecht werden kann, wenn man sie tatsächlich als Tugend sieht, und Tugend bedeutet eben, dass nur dann von Geduld gesprochen werden kann, wenn sie als das rechte und passende Maß betrachtet wird, das zwischen den zwei Extremen des überpassiven Gewährenlassens und dem überaktiven Überhasteten in sorgsamer Umsicht jedes Mal neu herausgearbeitet werden muss. Die Stärke der Geduld liegt also nicht darin, dass sie einfach alles erduldet und somit jede Aufforderung zum Warten als naturgegeben hinnimmt, sondern sie liegt darin, dass sie sich als Tugend in einem ständigen Austarierungsprozess befindet, so dass weder die Ablehnung des Wartens noch die Akzeptanz einer Beschleunigung zwangsläufig in einen Kontrast zur Geduld treten müssen“. In einer „Schussfolgerung“ fasst der Autor zusammen: „Wir leben in einer Zeit, in der nicht die Logik der Geduld, sondern die Logik des Zeitgewinns vorherrschend ist. Zeit einzusparen gilt heute als Wert an sich. Die gedankliche Vertiefung der Geduld zeigt aber auf, dass es gerade die Geduld ist, die den kranken Menschen eine Zusicherung gibt, nämlich die Zusicherung, sich nicht desinteressiert von ihm abzuwenden. Es ist die Geduld, die dem Patienten Nähe vermitteln kann, es ist die Geduld, die dem Patienten vermitteln kann, dass man sich für ihn als unverwechselbares Wesen persönlich interessiert. [...] In einem auf Effizienz und Reibungslosigkeit getrimmten System werden die Heilberufe dazu angehalten, die schnelle Entscheidung als die vorzugswürdige anzusehen. Auf der Strecke bleibt dabei das in Ruhe Durchgehen, das mit den anderen in Ruhe Besprechen, das ausführliche reflexive Abwägen und vor allem das kritische Hinterfra-

gen. Gerade vor diesem Hintergrund kann einer Rückbesinnung [...] auf die Tugend der Geduld heraus die Einsicht entspringen, dass es zu einer guten Medizin unabdingbar gehört, nicht nur Dinge zu machen, sondern in gleicher Weise auch Dinge gedeihen zu lassen. Die für die Heilberufe unverzichtbare Geduld kann sich eben gerade darin ausdrücken, den Wert der Unterlassung neu aufscheinen zu sehen und das Gedeihenlassen als eine ausgezeichnete Form der Sorge um den anderen neu zu entdecken. [...] Durch die Verinnerlichung der Geduld könnte somit einer Denkweise Raum gegeben werden, die die Medizin wieder in die Nähe einer zuwendungsorientierten sozialen Praxis rückt, und nichts braucht die moderne Medizin mehr als eine solche Rückbesinnung“.

## Hygiogenese oder: die Akzeptanz der zeitlichen Eigengesetzlichkeit des Organismus

Im Bereich des anorganischen Geschehens hat sich seit der Neuzeit ein Kausalitätsbegriff herausgebildet, demzufolge die Zustandsänderung eines materiellen Systems als Wirkung eines antezedenten anderen materiellen Systems als ursächlich beschrieben wird. Da die Wirkung im Sinne der klassischen Physik präzise voraussagbar ist, wird hier zu Recht von einer kausal-deterministischen Situation gesprochen. Entscheidend ist hier, dass zwischen Ursache und Wirkung eine Isomorphie im Sinne eines *causa aequat effectum* besteht. Was dabei den zugrunde gelegten Zeitbegriff betrifft, so ist es der Begriff einer gleichförmig aus der Vergangenheit in die Zukunft fließenden linearen Zeit.

Beim vitalen Organismus zeigt sich, dass diesem als Ausdruck einer evolutiv erworbenen Emanzipation und Individuation eine Eigengesetzlichkeit innewohnt, der zufolge äußeren Einwirkungen keine Ursachenqualität im strengen Sinne zukommt, sondern eine ausgesprochene Anisomorphie zu beobachten ist zwischen äußerer Einwirkung und einer mehr oder weniger autonomen Antwort des Organismus. Wir sprechen im Hinblick auf das Verhältnis von Umwelt und Organismus daher von Reiz und Reaktion.

Im Gegensatz zu der auf Descartes zurückgehenden Maschinentheorie des menschlichen Organismus, die im Rahmen der weiteren Wissenschaftsentwicklung dem jeweiligen Stand physikalisch-technologischen

Wissens und Könnens angeglichen worden ist und dem – auch noch bei systemischen Ansätzen – das Prinzip der Außenlenkung, der Heteronomie zugrunde liegt, zeigen lebende Organismen die Fähigkeit, äußeren Einflüssen unter aktiver Aufrechterhaltung ihrer Eigen-Art zu begegnen.

Gegenüber den starren und invarianten Naturgesetzen erfordert das Erfassen der Lebensvorgänge die Bildung beweglicher Begriffe. Es war das Verdienst Goethes als Naturwissenschaftler, hier einen ideenrealistischen Typusbegriff geprägt zu haben. In Erweiterung des universale in re, bei dem von den Vertretern des Ideenrealismus ein allgemeines ideelles Prinzip innerhalb der sinnenfälligen Erscheinungen geltend gemacht wird, eignet dem Goetheschen Typusbegriff zudem die proteusartige Fähigkeit zur metamorphotischen Gestaltumbildung unter Beibehaltung der eigenen Identität. Worum es sich hier handelt, ist eine „anschauliche“ Theorie im Sinne einer Idee, die aber im Bereich des Organischen nicht losgelöst, nicht abstrahiert von der besonderen sinnlichen Erscheinung ist, sondern im Organismus selbst, als ein Allgemeines in der Gestalt des Besonderen, in Erscheinung tritt. Im Gegensatz zur Vorstellung des von einem Baumeister erdachten starren Bauplanes, mit deren Hilfe versucht wird, die hochkomplexe organische Struktur plausibel zu machen, handelt es sich bei diesem Typusbegriff um ein im Organismus wirksames Ideelles, das nicht nur das „Wie“ der besonderen Erscheinung bestimmt, sondern zugleich auch zu deren aktiver Hervorbringung in der Lage ist (Hensel 1977b; Matthiessen 1988, 2002b, 2003, 2004, 2006).

Die Situation ist ähnlich derjenigen wie bei einem Tennisball: bei ihm ist nicht entscheidend, ob Druck, Zug oder Tangentialabscherung auf ihn ausgeübt wird; entsprechend seiner „Eigenart des Rundseins“ wird sich ganz unabhängig von der Art äußerer Einwirkungen der ursprünglich runde Zustand eigengesetzlich wieder einstellen. Worin sich die Eigengesetzlichkeit im Bereich des Organischen von dem hier genannten Beispiel unterscheidet, ist, dass zwar für beide Bereiche ein ideelles Konstruktionsprinzip zugrunde liegt, das aber im Fall des Tennisballs nur den von einem Konstrukteur erdachten Bauplan bedingt, während im Fall des lebendigen Organismus dieses ideelle Prinzip nicht nur den fertigen Bauplan, sondern auch dessen Verwirklichung (im Sinne einer realen und nicht nur deskriptiven Autopoiese) aktiv hervorzubringen vermag. Schon hier wird

deutlich, dass bereits im Bereich des Organischen die Herausforderung auftritt, einen materiell-technischen Ansatz, dessen Denkfiguren sich nur am Gängelband der sinnlichen Erscheinung orientieren, zu überschreiten zugunsten eines in sich stringenten erweiterten Wissenschaftsansatzes, der eine Unterscheidung zwischen ideenrealistischem Wesen und sinnenfälliger Erscheinung erlaubt (Matthiessen 2003, 2011a).

## Pathogenetische versus hygio-, salutogenetische Konzepte in der Medizin

Die Auffassung einer Erkrankung als eine – spontan oder auf eine von außen einwirkende Noxe hin – vom menschlichen Organismus bzw. Individuum selbst und nach organismuseigenen pathophysiologischen Gesetzmäßigkeiten hervorgebrachte aktive Leistung setzt eine autonomieorientierte medizinanthropologische Konzeption voraus. Krankheitssymptome erweisen sich dann als aktive und eigengesetzliche Funktionsäußerungen des Organismus, die gelingend oder misslingend auf Autoprotektion oder auf (Selbst-)Heilung zielen. Das bedeutet aber zugleich, dass bereits in den Krankheitserscheinungen ein salutogenetisches Potential zum Ausdruck kommt. Insofern erweisen sich die determinationsorientierten Denkansätze im Wesentlichen als pathogenetisch orientiert, während die autonomie- bzw. eigengesetzlichkeitsorientierten Medizinkonzeptionen mit dem Gedanken der Salutogenese (Antonovsky 1987, 1997) bzw. der Hygiogenese verschwistert sind (Grote 1920, 1959, 1961).

Im Kontext des Denkmodells der Pathogenese richtet sich das Interesse auf Kausal- oder Konditionalanalysen des Zustandekommens von Krankheiten, die es nach dem Risikofaktorenkonzept zu vermeiden oder aber zu bekämpfen gilt. Krankheiten werden diesem Denkstil entsprechend durch äußere oder innere heteronome Einflüsse hervorgerufen, und Therapie ist danach im Idealfall ein Rückgängigmachen von Krankheitszuständen durch gegensinnige Kausalprozesse.

Insofern stellt das Konzept der Hygiogenese eine gewichtige Ergänzung dar – und zwar in Form einer radikalen Umkehr der Fragerichtung: Wie bleiben oder werden Menschen gesund? Die Explikation der Frage, warum Menschen trotz stets präsenter potentiell gesundheitsbedrohender



**Jetzt bestellen!**

Schicken Sie Ihre Bestellung per Fax an die 09221/949-377

\_\_\_ Expl. **Für eine zeitliche Kultivierung der Patient-Arzt-Begegnung;**  
1. Auflage 2018, Hardcover, 444 Seiten, ISBN 978-3-947566-28-0  
**39,00 Euro**

\* Alle Preise inkl. MwSt., Lieferung versandkostenfrei.

Kundennummer

Name / Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon / Fax

E-Mail

Datum / Unterschrift



MEDIENGRUPPE  
OBERFRANKEN  
FACHVERLAGE

Mediengruppe Oberfranken –  
Fachverlage GmbH & Co. KG  
E.-C.-Baumann-Straße 5  
95326 Kulmbach

Tel. 09221/949-389  
Fax 09221/949-377  
vertrieb@mgo-fachverlage.de  
www.ml-buchverlag.de



**Prof. Dr. med.**

**Peter F. Matthiessen**

*Nach Facharztweiter-  
bildung Oberarzt an*

*der Universitätsner-  
venklinik Marburg.*

*1983–2004 Ltd. Arzt*

*der Psychiatrischen  
Modellabteilung*

*für Jugendliche und*

*junge Erwachsene am*

*Gemeinschaftskran-  
kenhaus Herdecke.*

*1986–1996 Betreu-*

*ung zweier staatlicher*

*Forschungsförder-*

*projekte im Auftrag*

*der Bundesregierung.*

*Mitbegründer der*

*Universität Witten/*

*Herdecke. Dort*

*1996–2009 Inhaber*

*des Lehrstuhls*

*für Medizintheorie*

*und Komplementär-*

*medizin.*

Das im Jahr 2000 mit Unterstützung des damaligen Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe, gegründete Dialogforum Pluralismus in der Medizin besteht aus renommierten Ärzten, Wissenschaftlern und Akteuren im Gesundheitswesen, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, die traditionelle Parteilichkeit zwischen Mainstreammedizin und Komplementärmedizin durch einen zwar kritischen, aber unvoreingenommenen verstetigten Dialog zu überwinden zugunsten der Erarbeitung einer Integrativen Medizin mit dem Ziel einer vollorchestrierten Gesundheitsversorgung.

Mit dem vorliegenden Tagungsband widmet sich das Dialogforum einer ebenso aktuellen wie für unser Gesundheitswesen empfindlichen Problemsituation: Ärzte nehmen sich zu wenig Zeit! Für das Dialogforum Grund genug, der Frage nach der Rolle der Zeit und den je angemessenen Zeiträumen in einem am 10. und 11. Februar 2017 in Berlin durchgeführten Symposium auf den Grund zu gehen.

Der Tagungsband enthält die Beiträge renommierter, auf dem Feld der Chronomedizin führender Ärzte und Wissenschaftler, die aus unterschiedlichen Perspektiven Vorschläge für eine zeitliche Kultivierung der Patient-Arzt-Begegnung unterbreiten. Der Band ist eine unerlässliche Hilfe für alle diejenigen, die sich ernsthaft mit der Bedeutung der Zeit in der Medizin auseinandersetzen möchten.