

Heinz-Harald Abholz

## Arzt-Konsument-Verhältnis: Ein Blick in die Zukunft

Im folgenden soll ein sich wandelndes Beziehungsmuster zwischen Arzt und Patient mit seinen Folgeproblemen skizzenhaft dargestellt werden. Es geht um den Wandel von einer paternalistischen zu einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient. Charakteristisch für eine Zeit des Wandels ist die Vermischung von bisher Gewesenem mit neu Aufkommendem. Die Wirklichkeit in der Zeit des Wandels enthält also sowohl Altes als auch Neues und verhindert somit häufig den klaren Blick auf zukünftige Probleme in der Zeit des Neuen. Es ist daher hier die Form einer idealtypischen Überzeichnung vorgenommen worden, um die Probleme deutlicher herausarbeiten zu können.

### *Beispiele:*

Erstes Beispiel: Bei einer 35jährigen Patientin wird, ein Jahr nach der Operation eines Dickdarmkarzinoms, überraschend festgestellt, daß sie zahlreiche Lebermetastasen hat. Eine objektive Aussicht auf einen palliativen oder gar heilenden Erfolg ist bei der Größe der Metastasen nicht gegeben. Der behandelnde Arzt bespricht mit der Patientin die Befunde:

»Frau M., leider muß ich Ihnen sagen, daß Ihre Befunde sehr schlecht sind. Sie haben vier sehr große Metastasen Ihres Dickdarmkarzinoms in der Leber. Zum Operationszeitpunkt hat man diese nicht gesehen und so irrtümlich angenommen, daß die Operation eine lebensrettende für Sie war. Dem ist leider nicht so. Was man jetzt tun kann, ist alles wenig erfreulich, wir beide müssen nun beratschlagen, was Sie in dieser Situation am besten für sich tun wollen. Die Chancen einer Therapie durch Medikamente – Chemotherapeutika – sind recht gering. Andere therapeutische Möglichkeiten wie Operieren oder Strahlenbehandlung sind in Ihrem Falle nicht mehr gegeben. Die Chemotherapie kann – wenn Sie zu denjenigen gehören, die überhaupt von der Therapie profitieren – wenige Monate Verlängerung Ihres Lebens erbringen. Dafür aber gehen Sie die Belastung ein, mit den Folgen der Chemotherapie leben zu müssen. Dies sind Haarausfall, längere Zeiten von Übelkeit und – über die intervallmäßig geführten Therapien – das regelmäßige daran Erinnertsein, daß Sie schwerst krebskrank sind. Und leider, das Ganze kann bestenfalls wenige Monate, ja vielleicht nur Wochen, Lebensverlängerung beinhalten. – Auf der anderen Seite können Sie auch therapeutisch nichts tun und sich – solange es noch geht – dabei einigermaßen wohl fühlen, zumindest wären Sie ohne Nebenwirkungen der Behandlung. Sie sind die Betroffene, Sie müssen sich nun leider entscheiden. Was möglich ist, habe ich Ihnen genannt, aber Sie können, da Sie wahrscheinlich noch Fragen haben, diese jetzt mit mir besprechen.«

Ein anderes Beispiel: Bei einer 54jährigen Frau wird ein Cholesterinwert – mehrmalig bestätigt – um 290 mg % und ein LDL-Cholesterin von etwa 195 mg % diagnostiziert. Die Frau war vor etwa einem halben Jahr erstmalig zur Kontrolle ihres Cholesterins gekommen, da dies »ja doch ein Risiko darstellt«. Es kommt zum Gespräch zwischen Arzt und Patient:

»Ja, Sie haben – nun dreimalig bestätigt – erhöhte Cholesterinwerte; auch Ihre Diätmaßnahmen, die Sie durchgeführt haben, haben hier keine nennenswerte Verbesserung erbracht. Da Sie auch nicht übergewichtig sind und über Gewichtsreduktion keine Chance der Cholesterinsenkung haben, meine ich, daß es an der Zeit ist, eine Entscheidung zur Behandlung zu fällen. Sie wissen ja schon, daß ein erhöhtes Cholesterin zu einer vermehrten Verkalkung der Blutgefäße und damit vermehrt zu Herzinfarkt und Schlaganfall in der Zukunft führt. Anders ausgedrückt: Wenn Sie jetzt nicht etwas unternehmen, dann droht Ihnen in den Folgejahren Herzinfarkt und Schlaganfall. Und etwas zu unternehmen bedeutet, Sie müssen von nun an lebenslanglich ein Medikament nehmen, das wir in seiner therapeutischen Wirksamkeit auf das Cholesterin überwachen können. Nun seien Sie nicht zu erschreckt: Die ganze Angelegenheit können wir heute gut behandeln, die Gefahr für Sie abwenden – Sie müssen wirklich nur regelmäßig die Medikamente einnehmen und die Diät – so wie wir es schon besprochen haben – einhalten. Wichtig ist noch, daß Sie regelmäßig zu den Kontrollen Ihres Cholesterins kommen, nur so können wir die genannten und für Sie so bedrohlichen Krankheiten verhindern.«

Beide Beispiele illustrieren das hier zur Debatte stehende Problem in idealtypischer Weise: Im ersten Beispiel wird der Patient in die Entscheidung über die Form seines langsamen Todes einbezogen, als ob er hierzu mit Distanz sich überhaupt verhalten könnte. »Herzlos« wird ihm eine Alternative des Grauens vorgeführt und er zur Entscheidung eingeladen, welchen der beiden furchtbaren Wege er gehen möchte. Der Arzt übernimmt nicht die Entscheidung für den Patienten, belügt ihn nicht schützend, indem er beschönigt, Hoffnungen läßt, nicht die ganze Wahrheit sogleich ausbreitet. Der Arzt schlägt nichts vor.

Der Patient wird hier als Partner in einer Entscheidung, ja noch weitergehend als Konsument von Wahlmöglichkeiten angesprochen. Hierbei ist die – möglichst neutrale – Informationsvermittlung als Basis für eine Konsumentenentscheidung wesentliches Ziel der Aufklärung.

Das zweite Beispiel stellt eine andere, jedoch ähnlich problematische Beratung dar: Die Risikoerhöhung – verstanden als absolute Ratenerhöhung für Herzinfarkt oder Schlaganfall – dürfte bei der 54jährigen Frau mit dem angegebenen Cholesterinwert um etwa 0,5 % auf zehn Jahre bezogen (8) – im Vergleich zu einem Cholesterin

von 230 mg % – liegen. Kurzum, es handelt sich um eine minimale Risikoerhöhung, denn die Mehrzahl der hier zu behandelnden Personen – 99,5 % – wird nicht von der Behandlung profitieren. Dennoch wird hier die Frau über die Risikodimension nicht aufgeklärt, sondern das »Schreckgespenst« Herzinfarkt und Schlaganfall wird als fast unvermeidlich geschildert, wenn nicht eine Behandlung erfolgt. (1) Die Patientin wird hier »geführt«, in der Entscheidung fast passiv gelassen, und der »richtige Weg« wird per Übertreibung durch den Arzt vorgegeben. Der Patient wird nicht in die Lage versetzt, eine Konsumentenentscheidung zu treffen, sondern als Patient, also passiv, gesehen.

Beide Beratungssituationen sind idealtypische Beispiele für ärztliches Tun in einem Spektrum, das durch die Unterschiedlichkeit von Behandlungsanlässen einerseits und durch die Weite sich wandelnder ethischer Vorstellungen andererseits geprägt wird.

Im folgenden soll dies näher ausgeführt werden.

### *1. Ärztliche Betreuung findet in einem weiten Spektrum von »Krankheit« bis zu »Risiko« statt:*

War es in früheren Jahren vorwiegend so, daß Krankheit – verstanden als Einschränkung körperlichen Wohlbefindens oder für den Patienten erlebbare Lebensbedrohung – wesentlicher Inhalt aller Arzt-Patienten-Beziehungen war, so ist es zunehmend mehr das abstrakte Risiko für Krankheit geworden, was Inhalt vieler Arzt-Patienten-Beziehungen darstellt. Risiken sind nicht nur die bekannten »Risikofaktoren« Hochdruck, Cholesterin und Rauchen, es sind auch Gallensteine, Dickdarpmpolypen, ein Tumorleiden in der Familienanamnese, häufige Magenschleimhautentzündungen etc. Dies alles sind Risiken für – statistisch gehäufte – Folgeerkrankungen bzw. assoziierte andere Erkrankungen. Folge einer solchen Betrachtungsweise ist die zunehmende Medikalisierung der Menschen, die solche Risiken haben – alles mit dem Ziel, sie längerfristig gesünder zu halten. Risiko-orientierte Medizin, meist als medizinisch-präventiv orientierte Medizin verstanden, nimmt heute einen zunehmend größeren Anteil an den Betreuungsaufgaben des Arztes ein. (9, 11)

Risiken stellen eine statistische Beziehung zwischen dem Risikofaktor und einer befürchteten Folgeerkrankung dar. Sie sind immer auf Bevölkerungsgruppen bezogen und schwer für den einzelnen erfahrbar. So wie im obigen Beispiel die ganz überwiegende Zahl der vom Risiko Betroffenen später nicht deswegen von der Folge-



erkrankung heimgesucht wird, so ist es für die Mehrzahl der Risiken, die heute Inhalt ärztlicher Betreuung sind. Zudem sind fast alle Risiken auf eine für den Patienten wesentliche Zeitachse zu beziehen: In zehn, in zwanzig oder gar in vierzig Jahren ist mit der Folge des Risikos – bezogen auf eine Gruppe ähnlich Betroffener – nur zu rechnen. (8)

Ist Krankheit für den einzelnen erfahrbar, so ist das Risiko etwas sehr Abstraktes. Ärzte gehen jedoch in der Regel – wie im Beispiel charakterisiert – dem Patienten gegenüber mit dem Risiko wie mit einer Krankheit um. Dies, indem sie die Charakteristika des Risikos – die Gruppenzuordnung und die Dimension des Risikos etc. – negieren. Im Gegenteil: sie malen das Erlebbarere, die Folgekrankheit, als konkrete Bedrohung für jeden einzelnen Betroffenen aus. Es erscheint fast so, als ob Ärzte nur den Umgang mit Krankheit, nicht aber mit Risiken, in ihrer Betreuung beherrschen.

## 2. *Behandlung findet in einem sich wandelnden ethischen Verständnis statt: Paternalisierung versus Partnerschaft:*

Sowohl bei der Gewichtung ethischer Prinzipien in der Literatur (4) als auch im realen Handeln ist über die letzten dreißig Jahre ein Wandel vom paternalistischen Arzt, der seinen Patienten zu führen und vor allem Leid – unter Umständen auch unter Aufgabe »der ganzen Wahrheit« – zu bewahren hat, zu einem Arzt, der in seinem Patienten den Partner zu sehen hat, festzustellen. Mit dem Partner/Patienten gilt es, nach voller Aufklärung, gemeinsam Entscheidungen zu fällen. Neben den angesprochenen Arztrollen – paternalistischer und partnerschaftlicher – gibt es selbstverständlich weitere (12), die der Differenziertheit der Beziehung Rechnung tragen. Dennoch kann die Mehrzahl vorstellbarer Rollen dem Grundprinzip »Paternalismus« und »Partnerschaft« zugeordnet werden.

## 3. *Es findet ein Wandel vom Patienten zum Konsumenten statt:*

Die unter 1. und 2. geschilderten Entwicklungen finden zeitlich parallel statt. Man kann der Entwicklung im Behandlungsraum die Entwicklung in der ethischen Diskussion zuordnen – dies mit der daraus resultierenden Rollenzuweisung des Patienten. Eine solche Zuordnung sähe wie folgt aus:

a) Risiko-Betreuung: Der Patient als Partner, der Patient im Konsumenten-Verhältnis. Gemeint ist hier, daß aufgrund der Abstraktheit des Betroffenseins durch einen Risikofaktor der Patient sehr

wohl in die Lage gesetzt werden kann, gemeinsam mit dem Arzt einen »Bedrohungsstatus« – nämlich das jeweils sehr kleine Risiko für ihn – bezüglich therapeutischer Konsequenzen zu beurteilen und Entscheidungen zu fällen.

b) Krankheits-Betreuung: Paternale Betreuungsstruktur mit Patienten als Geführtem. Hierbei wird unterstellt, daß der Patient in der Regel bei der Bedrohung durch eine Krankheit, bei der Kränkung durch sie, nicht mehr in der Lage eines objektiv sich verhaltenden, eines sich zur Auswahl entscheidenden Konsumenten gesehen werden kann. Krankheit macht hilflos, häufig ist man ihr wehrlos ausgesetzt; die Suche nach Anlehnung, Trost und – qua Autorität vermittelter – Hoffnung ist das Ergebnis. Der Patient braucht Leitung im Sinne abgenommener Entscheidung, ja unter Umständen sogar des Verschweigens von Wahrheit. Die paternalistische Betreuungsstruktur ist hier häufig die adäquate Form für ärztliches Handeln. Der Patient verlangt hier in der Regel nach seiner eher passiven Patienten-Rolle. (4, 5, 6, 7)

Warum hat sich diese Zuordnung – resultierend aus den zwei Aufgabenfeldern – nicht in der Wirklichkeit durchgesetzt, sondern warum findet man, wie einleitende Beispiele illustrieren sollten, das Auf-den-Kopf-Stellen dieser Zuordnung? Verständlich wird dies erst aus den Implikationen, die sich aus einer paternalistischen und einer partnerschaftlich und konsumenten-orientierten Beziehung sowohl für den Arzt als auch für den Patienten ergeben.

#### *4. Die paternale Betreuungssituation ist für den Arzt anstrengend:*

Es soll nicht übersehen werden, daß durch eine paternalistische Behandlungsstruktur dem Arzt ein Feld zur Befriedigung von Omnipotenzansprüchen gegeben war. Die Befriedigung dieser Omnipotenzansprüche kann immer auch als »Belohnung« für die Anstrengung einer Arbeit in dieser Arztrolle gesehen werden. (7, 12) Der Arzt gibt – emotional – viel und holt sich über diese seine Rolle als »Allmächtiger« ebenfalls viel.

Entscheidungen für einen Patienten zu fällen heißt, voll hierfür verantwortlich zu sein – auch bei negativem Ausgang einer Entscheidung. Entscheidungen für einen Patienten zu fällen heißt auch, im »Gewirr« subjektiver Entscheidungsfällung zu stehen. Bei verantwortlicher ärztlicher Tätigkeit war dies immer nur mit psychisch anstrengender Verarbeitung dieser Situation möglich. Entscheidungsfindung für den Patienten enthält schließlich auch immer die

ganz »banalen« Folgen von Vorwürfen sowohl durch den Patienten als auch durch dessen Verwandtschaft: Bei schlechtem Ausgang eines Krankheitsverlaufes oder beim Zutagetreten der »vollen Wahrheit« konnte immer der Arzt mit dem Vorwurf von »falscher Entscheidung« oder »Unwahrheit« belegt werden.

Schließlich enthält eine Entscheidungsfindung für den Patienten auch immer, daß man – nimmt man sie ernst – sich möglichst weit in die Wertevorstellung des Patienten hineinzudenken hat, um eben für ihn Entscheidungen zu fällen. Das gewissenhafte Ausfüllen einer paternalistischen Arztrolle beinhaltet also immer auch viel emotionale Anstrengung, persönliche Last und »Gewissenskonflikte«, die es jeweils auszuhalten gilt. Paternalistische Arzt-Patienten-Beziehungen haben also sowohl befriedigende – Omnipotenzansprüche werden befriedigt – als auch anstrengende Aspekte – subjektive Entscheidungsfindung in einem konflikthaften Feld.

All der Schwierigkeiten kann man sich entledigen, folgt man dem ethischen und weltanschaulichen Prinzip von partnerschaftlicher Betreuung und Selbstbestimmung des Patienten: Man kann alles auf den »Tisch packen« und dann den Patienten – bestenfalls mit einer gewissen Unterstützung – entscheiden lassen. Was dann schief läuft, ist Schuld des Patienten, zumindest so wesentlich wie die des Arztes. Vorwürfe hat man in Zukunft nicht zu erwarten, hat man doch alles gesagt, alles vor dem Patienten ausgebreitet und prognostiziert. Der Patient als Konsument hält den Arzt somit von anstrengenden psychischen Involvierungen fern; dies kann somit als eine für den Arzt emotional entlastende Beziehung verstanden werden.

##### *5. Der Omnipotenzanspruch des Arztes läßt sich bei der Risiko-Betreuung realisieren, ohne die bisherigen psychischen Anstrengungen zu implizieren:*

Der Omnipotenzanspruch des Arztes, eine sicherlich tragende Säule ärztlichen Tuns auf psychischer Ebene, läßt sich – deutlich bequemer als auf der Betreuungsebene von Krankheit – auch bei der Betreuung von Risiken realisieren. Alle Entscheidungen hier sind objektiv von geringer Tragweite für den einzelnen Patienten, involvieren den Arzt also emotional bei weitem nicht so wie Entscheidungen im Krankheitsbereich.

Andererseits ist Omnipotenz nur zu realisieren, wenn die Wichtigkeit der Entscheidung – für den Patienten zumindest – groß ist. Hieraus würde sich erklären, mit welcher Vehemenz, Ausschmückung



und Dramatik weiterhin mit Risikofaktoren wie mit dramatischen Krankheiten umgegangen wird. Für den Arzt ist – emotional – damit seine Wichtigkeit weiter garantiert, er muß emotional jedoch sehr viel weniger als in der Krankenbetreuung in die Beziehung zu seinem Patienten geben.

Formal ist damit – wie im einleitenden Beispiel in idealtypischer Weise illustriert – der Raum für eine paternalistische Arztrolle im Feld der Risikobetreuung gegeben. Ganz anders aber als aus der paternalistischen Betreuung von Krankheit bekannt, handelt es sich jetzt um eine inhaltsleere Rollenhülse, die im wesentlichen nur der Vermittlung von Omnipotenz auf seiten der Medizin, auf seiten des Arztes dient.

Betrachtet man die Aufgabengebiete von Ärzten – zumindest im ambulanten Bereich –, so kann man feststellen, daß schon heute ein erheblicher und ständig wachsender Anteil der Arbeitsaufgaben in den Bereich der Risikobetreuung – so wie unter Punkt 1 skizziert – fällt. Krankheitsbetreuung nimmt dabei – zumindest als relativer Anteil – zunehmend mehr ab. (11)

#### *6. Krankheit als Basis für Kranksein wird vom Patienten benötigt:*

Für Patienten hat eine Krankheit immer schon mehr an Bedeutung als das rein naturwissenschaftlich-medizinische Phänomen der Krankheit beinhaltet. Krankheit wird als Schicksal, als Strafe, als Ungerechtigkeit, aber auch als Aufgabe – eine der Bekämpfung von Krankheit – verstanden und erlebt. Sünden, die man begangen hat, rächen sich hier, schicksalhafte Aufgaben werden einem durch Krankheiten zugewiesen. Auch kann Krankheit – im Sinne des sekundären Krankheitsgewinnes – genutzt werden, um eigene Lebensziele zu realisieren, durchzusetzen oder zu halten. (2, 3) Skizziert dies einen Aspekt der emotionalen Situation des Patienten im Umgang mit seiner Krankheit, seinem Kranksein, so wird offensichtlich, daß durch die zunehmende »relative Verdrängung« der Krankheitsbetreuung zugunsten der Risikobetreuung dem Patienten emotional auch etwas genommen wird. Um so mehr hat auch er Interesse, daß Risikozustände die Bedeutung von Krankheiten bekommen. Dies läßt sich immer wieder beobachten, wenn Patienten wie mit einer dramatischen Krankheit mit ihrem Cholesterin, ihrem Blutzucker oder ihrem Blutdruck umgehen: Tägliche Lebenssünden werden ihren Werten zugeordnet, der Arzt wird um Verzeihung gebeten, ein neuer Kontrolltermin nach »besserer Lebensführung«

erbeten. Patienten »spüren« Veränderungen ihres Cholesterins, haben Verminderungen der Knochendichte »gefühl« und »erleben« im erhöhten Kreatininwert die Strafe für zu wenig Schlaf.

Würden die Ärzte nicht Risikozustände zu Krankheiten machen, die Patienten würden es von sich aus tun. Bezogen auf die Risikozustände und deren Betreuung findet somit eine gewisse Ritualisierung statt, in der das »Risiko« zur »Krankheit« gemeinsam von Arzt und Patient erklärt wird.

### *7. Die Denunziation des Helfer-Syndroms ist ein ideologischer Wegbereiter zur Aufgabe der paternalistischen Arztrolle:*

Kranke Menschen – nicht Risikoträger – brauchen weiterhin eine paternalistische ärztliche Betreuung; dies ist in unterschiedlicher Ausprägung für die jeweilige Situation und den jeweiligen Patienten notwendig. Für die Übernahme einer solchen Rolle durch den Arzt bedarf es des emotionalen Engagements für den Patienten, es bedarf eines hohen Maßes an Empathie. (4, 12) Diese Anforderungen stehen nicht weit entfernt vom Aufgehen der Person in seiner »Helferrolle«.

Daß sich in dieser Rolle »Masochisten« verwirklichen konnten, daß in dieser Rolle auch Lebensinhalte allein sich realisierten – all dies liegt auf der Hand. Nur reicht es bei weitem nicht aus, eine gesamte Haltung in der Betreuung hiermit legitim zu denunzieren. Dies ist jedoch geschehen. Es entstand ein gesellschaftlicher Druck mit dem Ziel, sich nicht zu sehr für den Patienten zu engagieren, nicht zu viel Empathie aufzubringen. Hiernach hat der Betreuer von heute – sei es Arzt oder Pflegekraft – sich emotional nicht »hineinziehen« zu lassen, sollte Distanz wahren können und den Patienten, gesehen als Konsumenten, beraten, um dann auf gemeinsame Entscheidung hin zu handeln. Daß dies für die Betreuung von Kranken, die in ihrer gesamten Person getroffen und gekränkt sind, herzlos sein kann, ist oben schon einmal gesagt worden. Der »Job« Krankenpfleger oder Arzt hält möglicherweise die Krankenpflegepersonen und die Ärzte von der »Krankheit« Helfersyndrom frei, die Patienten macht er einsamer und damit kränker.

Das »neue Selbstverständnis« des Arztes oder der Pflegepersonen als beratende Partner ist nur für die Beratung von Risikoträgern adäquat: Nur hier geht es um eine professionelle Konsumentenberatung.



8. *Arzt-Patienten- und Arzt-Konsumenten-Verhältnis darf nur die Beschreibung eines Kontinuums im Behandlungsauftrag zwischen Krankheits- und Risikobetreuung darstellen:*

Bei der Betreuung von Krankheit, verstanden als Kranksein des Patienten, bedarf es weiterhin der paternalistischen Betreuungsfunktion im Sinne des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Dieses schließt Führung des Patienten und damit »Bevormundung« sowie – in bestimmten Fällen – Verschweigen von Wahrheit mit ein.

Die Betreuungsaufgabe bei der Versorgung von Risikozuständen hingegen erlaubt und erfordert, den Patienten als Konsumenten zu sehen: Das Risiko ist immer abstrakt, in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fälle dann auf den einzelnen Patienten nicht zutreffend, es wird vom Patienten nicht als akute Bedrohung erlebt – es sei denn, wir machen es fälschlicherweise dazu. Bei der Versorgung von Risikozuständen ist somit die gemeinsame Entscheidung darüber, was zu tun für den einzelnen Patienten sinnvoll erscheint, eine adäquate Herangehensweise in der Betreuung.

Die Wirklichkeit realer Betreuungssituationen hat – auch idealerweise – in diesem Spannungsfeld zwischen den genannten zwei Polen zu liegen. Da gibt es Patienten, bei denen auch die partnerschaftliche Einbeziehung in den Entscheidungsprozeß – selbst im Falle einer lebensbedrohlichen Erkrankung – notwendig ist (10), und da gibt es Patienten, bei denen schon ein Risikozustand zur schicksalhaften Krankheit erklärt wird und somit eine eher krankheitsbetonte paternalistische Betreuungsstruktur vom Arzt erfordert. Selbst bei ein und demselben Patienten kann ein Wandel im Verlaufe der Zeit, des Lebens mit seinem Risiko, seiner Krankheit, eintreten. Was im einzelnen Fall richtig ist, läßt sich – so gesehen – immer nur am einzelnen Patienten zusammen mit dem jeweils einzelnen handelnden Arzt herausfinden. Aber gerade dieses Herausfinden macht die Anstrengung des Betreuungsprozesses aus, läßt es sich doch auf das Ergründen der individuellen Situation für den Patienten ein.

Das Einlassen auf den für den einzelnen Patienten richtigen Weg ist aber die Abkehrung von den schon heute häufig vorzufindenden Alternativen: das herzlose Zuweisen eines kranken Menschen in die Konsumentenrolle einerseits und die Dramatisierung eines Risikos mit Drängen in die Krankenrolle andererseits.

## 9. Eine Schlußbemerkung

Es wurde hier nicht die Wirklichkeit von Arzt-Patienten-Beziehungen beschrieben, sondern aus der Erfahrung und den Beobachtungen der Wirklichkeit ein Blick in die Zukunft von Arzt-Patienten-Beziehungen zu werfen versucht.

Korrespondenzadresse:

Dr. Heinz-Harald Abholz, Ceciliengärten 1, D-12159 Berlin

## Literatur

- 1 Abholz, H.-H.: Cholesterin – ein Fall für die Gesundheitspolizei. In: Holthaus, E. et al. (Hrsg.): Soziale Arbeit und soziale Medizin; 86-91. Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, FHSS-Texte 1. Berlin 1992
- 2 Abholz, H.-H.: Entscheidungsfindung in der Allgemeinmedizin. In: Kochen, M.M. (Hrsg.): Allgemeinmedizin. Stuttgart 1992, 76-92
- 3 Beck, D.: Krankheit als Selbstheilung. Frankfurt/M. 1981
- 4 Brody, H.: The Healers Power. New Haven, London 1992
- 5 Currer, C., M. Stacey (ed.): Concepts of health, illness and disease. Leamington Spa, England 1986
- 6 Herzlich, C., J. Pierret: Kranke gestern, Kranke heute – Die Gesellschaft und das Leiden. München 1991
- 7 Morse, J.M., J.L. Johnson (ed.): The illness experience – Dimensions of suffering. Newbury Park, London 1991
- 8 Schmidt, J.G.: Früherkennung und Umgang mit Risikofaktoren. In: Kochen, M.M. (Hrsg.): Allgemeinmedizin. Stuttgart 1992, 133-49, insbes. 144-45
- 9 Shorter, E.: Bedside manners. New York 1985
- 10 Tuckett, D. et al.: Meetings between experts. London 1985
- 11 Tudor Heart, J.: A new kind of doctor. London 1988
- 12 Uexküll, Th.v., W. Wesiack: Theorie der Humanmedizin. München 1988, insbes. Kap. 8.