

# Hans-Christian Deter (Hrsg): Die Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin

Wilhelm Rimpau<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Berlin, Deutschland

## Bibliographische Angaben

Hans-Christian Deter

**Die Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin**

Verlag Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen

Erscheinungsjahr: 2010; € 19,95, 344 Seiten

## Rezension

Der Herausgeber hat sich und uns anlässlich seiner Emeritierung als Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeinmedizin, Naturheilkunde, Psychosomatik und Psychotherapie an der Charité – Campus Benjamin Franklin in Berlin ein besonderes Geschenk gemacht. Ausgehend von einem Symposium zum 30-jährigen Bestehens der Psychosomatik am Benjamin Franklin Klinikum 2009 versammelt Deter hier 40 Autoren, die gemäß dem Vorwort des Präsidenten der Ärztekammer Berlin Günther Jonitz die Frage beantworten, welchen Stellenwert die Interaktion zwischen Arzt und Patient hat. „Das mächtigste therapeutische Werkzeug, das Sie jemals haben werden, ist Ihre eigene Persönlichkeit“. Dieser Satz David Sackets, des Stammvaters der evidenzbasierten Medizin, gliedert Jonitz in vier Themenfelder, die es zu bearbeiten gelte: die „Narrative Medizin“, in der der Arzt lernt die Geschichte des Kranken zu verstehen, die „Medizinische Geisteswissenschaft“, die mit Hilfe fachübergreifender Gesichtspunkte aus Kunst, Literatur, Geschichte, Religion (nicht doch auch Philosophie?) dem Mediziner helfen, besser auf den Patienten einzugehen, die „Health Literacy“ als Methode, wissenschaftliche Aussagen besser auswerten zu können und das Modell des „Shared Decision Making“, in dem medizinische Entscheidungsfindung auf partnerschaftlicher Arzt-Patient-Beziehung beruht. Diese Themen und auch der Buchtitel verweisen auf die „moderne Medizin“. Es mag dem Zeitgeist entsprechen, auf eine Literatur zu verweisen, die nicht älter als 10 Jahre ist und damit zu unterstellen, dass frühere Forschungsergebnisse und Literatur einer vorwissenschaftlichen Zeit entspringen. Dass dem nicht so ist, zeigen Deters Einleitung mit Verweis auf Michael Balint und die vier Beiträge, die „die Arzt-Patient-Beziehung in der Kontinuität und Wandel“ darstellen. Der kurze Aufsatz von D. Janz ist hier besonders eindrücklich, wenn er „das

pathische Pentagramm von Viktor von Weizsäcker als Grundlage eines Verständnisses der Arzt-Patienten-Beziehung“ in Erinnerung ruft, welches eine Haltung ausdrückt, die Bedingung für Compliance, besser noch Adherence und damit für „Shared Decision Making“ ist. „Die partizipative Entscheidungsfindung“ wird von einer Heidelberger Gruppe als „neue Form der Arzt-Patient-Beziehung“ angekündigt. Ist sie neu? Es ist eindrucksvoll mit zu vollziehen, dass sich nun ein „Forschungsfeld der Arzt-Patient-Interaktion“ auftut.

2001 haben die Protagonisten einer Reform der Medizin und der Ausbildung zum Arzt die wichtigsten Folgerungen aus der Erfahrung des 20. für das 21. Jahrhundert in dieser Zeitschrift formulierten. (H.G. Pauli, K.L. White, I.R. McWhinney [1]). Es ist reizvoll, „Medizinische Ausbildung, Forschung und wissenschaftliches Denken im 21. Jahrhundert“ in Beziehung zu setzen zu den in Deters Buch versammelten Hypothesen und Schlussfolgerungen, die nun VertreterInnen der Psychosomatik, Psychotherapie, Inneren Medizin, Orthopädie, Arbeitsmedizin, Neurologie, Psychiatrie, Allgemeinmedizin, Psychologie, Sozialmedizin, Medizingeschichte, Studiendekanate, aber auch Ernährungsberatung, Physiotherapie, Gestaltungstherapie und eine Patientin erlebt, beforscht, erfahren, reflektiert und erkannt haben. Die Einseitigkeit naturwissenschaftlich orientierter Medizin fand (und findet) ihre Begründung im linearen Ursache-Wirkungs-Modell seit Descartes und Newton und formuliert sich bis heute als monokausales und reduktionistisches biomedizinisches Paradigma – ein „Glaubenssystem“ [2]. Thomas S. Kuhns weltweit anerkannte Analyse besagt, dass die Wissenschaft zu jeder Zeit irgendwelchen Paradigmata unterworfen ist, die sich üblicherweise verändern. Die Medizin hat das wegen der außerordentlichen Erfolge dieses etablierten Paradigmas nicht erreicht. Neben die „harten“ werden „weiche“ Wissenschaften gestellt und marginalisiert. Krankheit bleibt „versachlicht“. Eine höchst produktive biomechanische Entwicklung hat alle Aspekte der medizinischen Forschung, Ausbildung und Versorgung dominiert. Die Auflehnung gegen den etablierten Reduktionismus geschieht heute durch „Philosophierung“, wenn „alternative Medizin“ die „Schulmedizin“ erweitern will. Oder Philosophierung dadurch, wenn Hochleistungsmedizin und Menschlichkeit ohne Widerspruch zu verwirklichen sei und Menschlichkeit hier eine humanistische

Haltung ausdrückt, die fordert „mit dem Patienten freundlicher zu sein“. Fast unberücksichtigt bleibt die Jahrzehnte alte Erkenntnis der Untrennbarkeit von Beobachter und Beobachtetem, womit das Subjekt komplexere „Objekte“ bedeutend verändert bzw. eine gemeinsame Wirklichkeit zwischen Ärzten und Patienten erfahrbar wird. Der „Funktionskreis“ und die „Bedeutungslehre“ Jacob von Uexkülls, der „Gestaltkreis“ Viktor von Weizsäcker, der „Situationskreis“ Thure von Uexkülls sind in ihrer Summe als „somatopsychosozio-kulturelles Modell“ eine notwendige Erweiterung der bisherigen „Grundlagenwissenschaften“. Epidemiologie, Psychologie, Soziologie und narrativ basierte Medizin werden zu Säulen der Medizin – oder sie ist keine. Für die Aus- und Weiterbildung bedeutet dies, nicht nur die Frage des „Wie“ – der Didaktik – sondern auch des „Wo“ und „Was“ ist zu stellen. Wenn bislang hoch spezialisierte akademische Eliten als curriculare Entscheidungsträger allein aus ihrem Elfenbeinturm heraus zu entscheiden haben, was der Lehrgegenstand zu sein habe, dann ist keine Reform denkbar. 1961 hat K.L. White die Versorgungsstruktur beschrieben, 2001 wurden seine Ergebnisse aktualisiert [3]: von 750 Kranken gehen 250 zum Arzt, neun werden in ein Krankenhaus eingeliefert, nur einer wird in einer Universitätsklinik behandelt – und dieser ist dann repräsentativ für das, was der Student und Facharztkandidat zu lernen hat. Wo ist da noch Platz für die bahnbrechenden Ergebnisse des Public Health, der Salutogenese – Forschung seit Aaron Antonovsky, den Formulierungen einer Sozialen und Allgemeinen Medizin seit Viktor von Weizsäcker – kurz „biosemiotisches Denken“? Für Pauli et al. wird die Aufhebung der Trennung von Natur- und Geisteswissenschaften zum Credo für das 21. Jahrhundert. In der Summe thematisieren alle in sieben Kapiteln vorgestellten Studien in Deters Buch Fragestellungen, die Pauli et al. für unabdingbar halten. So ist es wahrlich eine Bereicherung im Sinne einer überfälligen Neubesinnung, vor allem aber eine praktische, auf den Alltag des Arztes abgestimmte Bilanz und Orientierung.

Eine Freiburger Arbeitsgruppe erklärt die Arzt-Patient-Beziehung nicht mehr „metaphysisch“, weil im System der Spiegelneurone ein neurobiologisches Korrelat gefunden ist. „Das Narrativ bei der Verarbeitung schwerer emotionaler Belastungen“ thematisiert die narrativ-basierten Medizin, die seit 20 Jahren auch bei somatischen Krankheiten zu einer Vielzahl von Untersuchungen geführt hat [4]. Im ärztlichen Alltag werden zu 60-70 % Placebo angewendet. „Der Arzt als Placebo“ ist hier allein auf das „hidden treatment-Paradigma“ reduziert und es wird auf die Bedeutung der Suggestion, therapeutischer Rituale, Bindung und emotionaler Fähigkeiten des Arztes eingegangen, nicht aber auf das „Nocebo“. Während seitens des Kranken Erwartungen und Vorerfahrungen einer gewünschten Wirkung ausschlaggebend für eine günstige Wirkung sind, könnte auch das Verhalten und die Erwartung des Placebo-Gebers, des Arztes, eingegangen werden. Wenn heutzutage Studien vorgestellt werden, in denen eine Verum-Gruppe mit einer Placebo-Gruppe verglichen wird, ist es dann noch zulässig, den Hawthorne-

Effekt nicht zu berücksichtigen? K.L. White würde den Kopf schütteln. Ergebnisse einer Expertenkonferenz „Der gute Arzt“ aus interdisziplinärer Sicht“ zeigen u.a., dass neben der Zunahme der medizinischen Fachkompetenz bei Medizinstudierenden die kommunikative und psychosoziale Kompetenz eher abnimmt. Über Jahre hat der Murrhardter Kreis seine Empfehlungen zum Arztbild der Zukunft entwickelt [5]. Im Mittelpunkt standen ärztliche Kompetenzen. Muß die Bilanz der Expertenkonferenz als Beleg dafür angesehen werden, dass die Murrhardter Empfehlungen von 1995 sich nicht haben umsetzen lassen? Sicher, die Reformstudiengänge haben begonnen, die Universitätsmedizin daran zu erinnern, dass es neben Drittmitteleinwerbung und Forschung unter dem Label der „Exzellenzinitiativen“ auch studentische Belange gibt. Der schöne Beitrag aus Basel „Kann man gute ärztliche Gesprächsführung erlernen?“ wie auch „Die Arzt-Patient-Beziehung in der studentischen Lehre der Charité-Universitätsmedizin“ bestätigen das – hoffentlich auch als gutes Zeichen in der Krise des Reformstudiengangs in Berlin. Eine fundierte schwedische Studie beschreibt psychosoziale Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verhaltenskonsequenzen und pathogenetische Mechanismen. Als Beispiel für Ergebnisse der Public Health-Forschung wird belegt, dass eine höhere Morbidität und Mortalität mit niederem sozialen Status korreliert. Spätestens jetzt ein Argument, besser von Arzt-Patient-Beziehung zu sprechen und nicht allein die individuelle Situation eines Arztes mit einem Patienten ins Auge zu fassen, wenn man von Arzt-Patient-Beziehung spricht. Eine Studie aus Berlin an chronisch Schmerzkranken bestätigt die alte klinische Beobachtung, dass Schmerz und Bildgebung keineswegs korrelieren müssen. Je nach Alter zeigen z.B. MRT-Befunde bei schmerzfreien Personen in 20 bis 40% Bandscheibenvorfälle, in 60 bis 80% Protrusionen und in 34 bis 93% Degenerationen. Wie recht hat da die Physiotherapeutin, wenn sie „erlebt, dass der Rücken in engem Zusammenhang mit der Seele steht“. Wie „unendlich mühsam“ die therapeutische Beziehung mit Magersüchtigen sein kann, schildert ein Berliner Beitrag. Zwei Aufsätze widmen sich den besonderen Bedingungen psychotherapeutischer Behandlung in der DDR und den traumatischen Erlebnissen durch politische Haft und Verfolgung, die noch 20 Jahre nach dem Mauerfall Menschen leiden lassen. Transkulturelle Besonderheiten der Arzt-Patienten-Beziehung werden am Beispiel einer Kreuzberger Praxis mit türkischen Migranten und eines Gesprächstrainings für onkologisch tätige Ärzte in China deutlich. „Migranten nicht als defizitäre Inländer zu betrachten, sondern als Menschen mit eigenen Überlieferungen wahrzunehmen“ ist eine Botschaft, die unseren Umgang mit fast 20% der Bevölkerung prägen sollte. „Andere Doktor reden und reden, nicht anfassen, nicht richtig machen, nichts verstehen von mir“. Und verstehen bedeutet, nicht den Kranken als Individuum, sondern Teil seiner Sippe zu verstehen. Behandeln wird hier zur Familientherapie. In der Regel ist der deutsche Patient so konditioniert, dass seine präsentierten Symptome in eine Diagnose passen, nicht so Migranten oder

Chinesen. Hier ist Dörners Votum [6], den „Dritten“ in den Umgang zwischen Ärzten und ihren Patienten einzu-beziehen, besonders augenfällig. Warum „junge Mediziner deutschen Krankenhäusern den Rücken kehren“ ist u.a. darauf zurückzuführen, dass „Gesundheit bloßes Wirtschaftsgut“ zu werden droht und mit „Dehumanisierung“ verbunden ist. Dazu passt eine arbeitsmedizinische Studie, die eine Tätigkeitsanalyse vorlegt, die u.a. zeigt, dass „pro Tag und Patient knapp zwei Minuten“ dem ärztlichen Gespräch dienen. Man staunt: es werden bis zu 400 Psychotherapieformen unterschieden, die sich seit Freuds Übertragungsanalyse 1912 entwickelt haben. Etwa 5 Millionen Menschen bedürfen jährlich Psychotherapie. Hier wird die psychotherapeutische Einzelbehandlung beleuchtet zum anderen werden zwei Therapieformen hinsichtlich der Symptomverbesserung unter dem Kosten/Nutzen Aspekt verglichen (PAL-Studie). Unter dem Strich unterscheiden sich Psychoanalyse und Psychotherapie nicht.

Dem Buch ist eine breite Leserschaft empfohlen, die Deters Ausblick nachvollziehen kann, dass Humanmedizin „nicht Naturwissenschaft ist, sondern Handlungswissenschaft“. „Ob sich diese Gesellschaft auf Dauer eine Medizin für den Menschen wird leisten wollen und können“ ist nach hier referierten historischen und praktischen Erfahrungen möglich und vermittelbar, ohne `das Rad neu erfinden zu müssen`. Um den Senior der Autoren dieses Buches, D. Janz zu zitieren: „damit recht zu haben, hat doch immer etwas Befriedigendes, oder?“

## Interessenskonflikt

Der Autor erklärt, dass er keine Interessenskonflikte in Zusammenhang mit diesem Artikel hat.

## Literatur

1. Pauli HG, White KL, McWhinney IR. Medizinische Ausbildung, Forschung und wissenschaftliches Denken im 21. Jahrhundert. Z Med Ausbild. 2001;18:191-205.
2. Engel GL. Wie lange noch muß sich die Wissenschaft der Medizin auf eine Weltanschauung aus dem 17. Jahrhundert stützen? In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Schoenecke OW, von Uexküll T, Wesiak W (Hrsg). Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg; 1996. S.3-11.
3. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med. 2001; 344(26):2021-2025. DOI: 10.1056/NEJM200106283442611
4. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin. Bern: Huber; 1998.
5. Murrhardter Kreis. Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform. Gerlingen: Bleicher; 1995.
6. Dörner K. Der gute Arzt – Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart: Schattauer; 2003.

### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Wilhelm Rimpau  
Freiherr-vom-Stein-Straße 11 a, 10825 Berlin,  
Deutschland  
wr@wilhelm-rimpau.de

### Bitte zitieren als

Rimpau W. Hans-Christian Deter (Hrsg): Die Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin. GMS Z Med Ausbild. 2011;28(3):Doc35. DOI: 10.3205/zma000747, URN: urn:nbn:de:0183-zma0007472

### Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2011-28/zma000747.shtml>

**Eingereicht:** 01.02.2011

**Überarbeitet:** 28.02.2011

**Angenommen:** 28.02.2011

**Veröffentlicht:** 08.08.2011

### Copyright

©2011 Rimpau. Dieser Artikel ist ein Open Access-Artikel und steht unter den Creative Commons Lizenzbedingungen (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.de>). Er darf vervielfältigt, verbreitet und öffentlich zugänglich gemacht werden, vorausgesetzt dass Autor und Quelle genannt werden.

# Hans-Christian Deter (Hrsg): Die Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin

Wilhelm Rimpau<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Berlin, Germany

## Bibliographical details

Hans-Christian Deter

**Die Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin**

Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

year of publication: 2010, € 19,95, 344 pages

## Recension

To mark his retirement as Director of the Department of General Medicine, Naturopathy, Psychosomatics and Psychotherapy at the Benjamin Franklin Campus of Berlin's Charité University Hospital, Dr. Hans-Christian Deter has gifted himself and readers with a compilation of articles presented at and resulting from a symposium held in 2009 to commemorate the 30<sup>th</sup> anniversary of the establishment of the Department of Psychosomatics at the Benjamin Franklin Clinic in Berlin. According to the forward written by Günther Jonitz, President of the Berlin Chamber of Physicians, the 40 contributing authors answer the question as to the importance of physician-patient interaction. David Sackett, the father of evidence-based medicine, once observed that "the most powerful tool you'll ever have is your own personality." Jonitz breaks down this statement into four areas which he feels should be addressed: "narrative-based medicine," in which the physician learns to understand the patient's story; the "medical humanities," which use art, literature, history, religion and, dare I add, philosophy to sensitize medical professionals to their patients; "health literacy," which serves as a means of improving patients' ability to evaluate scientific information; and the "shared decision-making model," which views the physician-patient relationship as a partnership when making medical decisions. Together, these topics along with the book's title reflect "modern medicine."

In current scientific literature, the trend is to cite sources that are no more than 10 years old based on the assumption that earlier research findings and literature are "prescientific." Deter's reference to Michael Balint in the introduction and the four articles in the chapter on "Continuity and change in the physician-patient relation-

ship" controvert and disprove this belief. D. Janz's short article recalling Viktor von Weizsäcker's pathic pentagram "as the basis for understanding the physician-patient relationship" is particularly impressive as he demonstrates how it represents an attitude required for both compliance - or, better yet, adherence - and shared decision-making. A group of researchers from Heidelberg call shared decision making a new "form of the physician-patient relationship." But, is it really new? When reading the article, it is striking to see just how shared decision making is becoming a "field of research on physician-patient interaction."

In 2001, the protagonists advocating a reform of medical research, practice and education wrote an article for this journal discussing the most important implications of 20th century developments for 21st century practice (H.G. Pauli, K.L. White, I.R. McWhinney [1]). It is extremely interesting to be able to draw comparisons between their article "Medical Education, Research, and Scientific Thinking in the 21<sup>st</sup> Century" and the collection of hypotheses and conclusions in Deter's book that have since been lived, researched, experienced, reflected on and acknowledged by both a patient and representatives from the fields of psychosomatics, psychotherapy, internal medicine, orthopedics, occupational medicine, neurology, psychiatry, general medicine, psychology, social medicine, the history of medicine, offices of student affairs, nutrition education, physiotherapy and expressive therapy. The reason for the one-sidedness of science-based medicine was and is the linear cause-and-effect model stemming from the work of Descartes and Newton. The result: a monocausal and reductionist biomedical paradigm, or "belief system" [2]. Thomas S. Kuhn's world-renowned analysis states that, at any given point in time, science is based on certain paradigms that usually change. However, the extreme successes of medicine's currently established paradigm have kept it from undergoing such a shift. "Soft" sciences are often compared to the "hard sciences" and marginalized, and diseases are still seen as "entities." A highly productive biomedical approach to medicine has come to dominate all aspects of medical research, education and care. Opposition to the established reductionist paradigm occurs today by "theorizing" about enhancing "conventional" medicine with "alternative" medicine or about the non-contradictory nature and

possible combination of high-tech medicine and humanism, with the latter referring to an attitude requiring that physicians “be kinder to patients.” The decades-old theory of the inseparability of the observer and the observed has been almost completely disregarded. According to this theory, the observing “subject” has a significant influence on the way he or she perceives more complex observed “objects,” which means that it is possible for physicians and patients to experience a shared reality. Together, Jakob von Uexküll’s “functional circle” and “theory of meaning,” Viktor von Weizsäcker’s “Gestaltkreis,” and Thure von Uexküll’s “situational circle” form the “somatopsychosociocultural model” necessary for enhancing the current “basic sciences.” Epidemiology, psychology, sociology and narrative-based medicine would then become the pillars of medicine. Otherwise, it wouldn’t be medicine at all. For medical education and continuing education, this means asking not only the didactic question of “how,” but also the questions “where” and “what.” However, how can any reform take place when medical education curricula have been decided solely from the ivory tower of the highly specialized academic elite? In 1961, K.L. White wrote an article describing the ecology of medical care. Researchers then updated his findings in 2001 [3]. White’s initial report found that out of 750 individuals experiencing illnesses or injuries, 250 visited their physician, nine were hospitalized and only one was treated at a university medical center. If the mere one individual referred to a university medical center represents what students and aspiring medical specialists have to study from, where does that leave room for the breakthroughs of public health, the salutogenic research of Aaron Antonovsky, and Viktor von Weizsäcker’s concepts of a combined social and general medicine? In other words, a “biosemiotic way of thinking”? Pauli et al.’s proposed mission for the 21<sup>st</sup> century is to close the gap between the natural sciences and the humanities. The studies included in the seven chapters of Deter’s book cover issues which Pauli et al. felt needed to be addressed in order for this to take place, making the book a truly valuable resource, as it contributes to a long-needed new way of thinking and serves as a practical account of and guide to the everyday work and experiences of physicians.

A group of researchers from Freiburg explain in their article that the physician-patient relationship should no longer be considered “metaphysical” since it has a neurobiological correlate in the mirror neuron system. The article “The use of narrative in treating severe emotional stresses” discusses the topic of narrative-based medicine which has come to be the focus of numerous studies, including those on somatic illnesses, over the last 20 years [4]. In everyday practice, physicians administer placebos in 60-70% of patient cases. In this book, the role of “The physician as a placebo” is only examined within the hidden treatment paradigm. The article discusses the power of suggestion, therapeutic rituals, attachment and physicians’ emotional skills, but does not discuss potential nocebo effects. Although patients’ ex-

pectations and previous experiences with a desired outcome have a crucial impact on the effect of a placebo, the effect of the behavior and expectations of the one administering the placebo - namely, the physician - could also be addressed. When studies are presented today comparing treatment groups to placebo groups, is it still acceptable to disregard such a Hawthorne effect? K.L. White wouldn’t think so. The findings of a conference of experts seeking to obtain “An interdisciplinary view of a ‘good doctor’” show that although the medical knowledge and skills of medical students is increasing, their communication and psychosocial skills are decreasing. Over the years, the Murrhardter Kreis, a research group on medical education, has developed recommendations for meeting the needs and changing the face of future physicians, with focus being placed on physician skills [5]. Do the findings of the expert conference then mean that the recommendations proposed by the *Murrhardter Kreis* in 1995 have not been implemented? As attested by the well-written contributions from Basel discussing the learnability of good physician interview skills and from Berlin on the physician-patient relationship in the medical curriculum at the Charité University Hospital, curricular reforms have, in fact, started to remind university medical centers that student needs are just as important as external funding and research. Hopefully, this is also a good sign amidst the crisis with the reformed medical program in Berlin. A well-founded study from Sweden describes the psychosocial risk factors for cardiovascular diseases, the consequences of certain behaviors, and pathogenic mechanisms. As an example of findings from public health research, the article provides evidence of a correlation between higher levels of morbidity and mortality and lower social status. Finally, an argument that it is better to focus on the actual relationship between physician and patient when talking about the physician-patient relationship rather than simply looking at the individual situation of a physician treating a patient. A study from Berlin on chronic pain sufferers confirms the old clinical observation that pain and imaging findings are not always necessarily correlated. As an example, the study reported findings from another study which performed magnetic resonance imaging on the lumbar spine of individuals not experiencing any pain and found that, depending on age, 20-40% had herniated disks, 60-80% had bulging disks and 34-93% had degenerated disks. The contributing physiotherapist was right then when she experienced that “the back is closely linked to the ‘soul’.” Another article from Berlin depicts just how “endlessly painstaking” the therapeutic relationship with eating disorder patients can be. Two other pieces are dedicated to the unique conditions of psychotherapeutic care in former East Germany and to the trauma of political incarceration and persecution still being experienced by people even 20 years after the fall of the Berlin Wall. Clear examples of the transcultural characteristics of the physician-patient relationship are provided by an article describing experiences with Turkish migrants in a practice in the Kreuzberg district of Berlin and one describing observations of a communication

training workshop held with oncologists in China. The take-home message from these two articles that should shape the way we treat the people making up nearly 20% of the German population is that “migrants should not be seen as ‘deficient’ citizens, but as people with their own traditions and backgrounds.” As one patient reported: “Other doctor talk and talk, does not touch, does not make things better, does not understand anything about me.” This “understand” here means understanding the patient not as an individual, but as a part of an ethnic group. In such cases, treatment becomes family therapy. Whereas most German patients are accustomed to having their symptoms fit a single diagnosis, the same is not the case for migrants or the Chinese. Dörner’s proposal [6] that a third party be brought in to help facilitate interaction between the physician and patient seems to be a particularly attractive option for such cases. A study seeking to determine why “young medical professionals in Germany turn their backs on German hospitals” found that one of the main reasons is that health is threatening to become a mere commodity associated with a tendency to dehumanize the patient. In line with these findings, a task analysis of physicians’ activities conducted as part of a study from the field of occupational medicine revealed that physicians have a mere two minutes to speak with each patient each day. Astonishingly, up to 400 different forms of psychotherapy have developed since Freud’s analysis of transference in 1912. Approximately 5 million people in Germany require psychotherapeutic treatment each year. In this book, light is shed on the role of the physician-patient relationship in individual psychotherapy. In addition, two forms of psychotherapy - long-term psychoanalysis and short-term psychotherapy - are compared for their effectiveness and cost-effectiveness in reducing symptoms (PAL Study). Essentially, no differences were found between psychoanalysis and psychotherapy.

This book is recommended to a wide range of readers who are able to grasp Deter’s view of human medicine as “an action science and not just a natural science”. According to the historical and practical experiences recounted in this book, it is both possible and necessary for this society “to want and be able to sustainably practice person-centered medicine” without having to “reinvent the wheel.” To quote D. Janz, the senior of the book’s authors, “being right always gives a sense of satisfaction, doesn’t it?”

## Competing interests

The author declares that he has no competing interests.

## References

1. Pauli HG, White KL, McWhinney IR. Medizinische Ausbildung, Forschung und wissenschaftliches Denken im 21. Jahrhundert. *Z Med Ausbild.* 2001;18:191-205.
2. Engel GL. Wie lange noch muß sich die Wissenschaft der Medizin auf eine Weltanschauung aus dem 17. Jahrhundert stützen? In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Schoenecke OW, von Uexküll T, Wesiak W (Hrsg). *Psychosomatische Medizin.* München: Urban & Schwarzenberg; 1996. S.3-11.
3. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med.* 2001; 344(26):2021-2025. DOI: 10.1056/NEJM200106283442611
4. Greenhalgh T, Hurwitz B. *Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin.* Bern: Huber; 1998.
5. Murrhardter Kreis. *Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform.* Gerlingen: Bleicher; 1995.
6. Dörner K. *Der gute Arzt – Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung.* Stuttgart: Schattauer; 2003.

### Corresponding author:

Prof. Dr. med. Wilhelm Rimpau  
Freiherr-vom-Stein-Straße 11 a, 10825 Berlin, Germany  
wr@wilhelm-rimpau.de

### Please cite as

Rimpau W. Hans-Christian Deter (Hrsg): Die Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin. *GMS Z Med Ausbild.* 2011;28(3):Doc35. DOI: 10.3205/zma000747, URN: urn:nbn:de:0183-zma0007472

### This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2011-28/zma000747.shtml>

**Received:** 2011-02-01

**Revised:** 2011-02-28

**Accepted:** 2011-02-28

**Published:** 2011-08-08

### Copyright

©2011 Rimpau. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.en>). You are free: to Share – to copy, distribute and transmit the work, provided the original author and source are credited.