

Joël Cuénod

# Arm und krank: Was kann der Arzt tun?

Lieber reich und gesund als arm und krank. Sozioökonomische Faktoren sind für Gesundheit und Krankheit viel wichtiger als Cholesterinspiegel oder Hypertonie [1–2]. Dies hat man – trotz individueller Unterschiede – in verschiedenen Ländern festgestellt [3]; für verschiedene Pathologien, für kardiovaskuläre und auch für gewisse autoimmune Erkrankungen, konnte ein Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren festgestellt werden [4–5]. Zu Recht sind wir zurückhaltend, wenn es darum geht, ein gesellschaftliches Problem zu medikalisieren, wo wir machtlos sind. Trotzdem stellt sich uns die Frage, was innerhalb der Vielfalt möglicher Massnahmen unser Beitrag sein könnte, und wie wir in unserer Sprechstunde mit dieser Problematik umgehen sollen.

Pierre Bourdieu hat in den 80er Jahren das heute am weitesten akzeptierte soziologische Modell zur Bewertung der Problematik arm/reich entwickelt: das Modell der unterschiedlichen, untereinander interagierenden Kapitalsorten (ökonomisches, soziales, kulturelles und symbolisches Kapital) [6]. Unter Kapital wird eine Ressource verstanden, in die man investieren kann, um sie zu vermehren und so in einem bestimmten Bereich einen Vorteil zu erlangen. Dies wird in der Folge auch die übrigen Bereiche beeinflussen; damit soll eine zu mehr Reichtum, mehr sozialen Kontakten, mehr Prestige, besserer Gesundheit führende Aufwärtsspirale in Gang gesetzt und auf der anderen Seite das Gegenteil, die zu Armut, Verlust sozialer Kontakte, Einbusse an Autonomie und Selbstbestimmung, geringerem Selbstwertgefühl und Krankheit führende Abwärtsspirale verhindert werden. Wie alle Modelle vereinfacht es die Wirklichkeit stark und bindet Glück allzu sehr an Besitz. Trotzdem bietet es einen nützlichen konzeptuellen Rahmen für unser Handeln.

Das ökonomische Kapital seiner Patienten kann der Arzt nicht beeinflussen (es sei denn in negativem Sinn durch seine Rechnungen). Auch auf das soziale Kapital hat er nur beschränkt Einfluss [7]. Bei der Entwicklung ihrer persönlichen kulturellen Ressourcen einschliesslich der «Self Efficacy» können wir jedoch unsere Patienten sehr wohl unterstützen [8].

## Das Selbstwirksamkeits- oder «Self Efficacy»-Konzept

Dieses von Albert Bandura [9] entwickelte Konzept beschränkt sich nicht nur auf die Armutproblematik, diese ist aber ein typisches Anwendungsgebiet. Patienten in ungünstigen wirtschaftlichen Verhältnissen fristen ihr Leben ohne Chance, ihre Ziele zu erreichen, und ohne Handlungsspielraum zur Selbstbestimmung oder Teilnahme an der Gesellschaft. Die Problematik der mangelnden «Self Efficacy» ist komplex, das Konzept kann in sein Gegenteil verkehrt werden, wenn behauptet wird, diesen Personen fehle es an Selbstverantwortung, sie sollten nicht unterstützt werden, um nicht ihre Passivität noch zu verstärken; so wird die Schuld am Schluss den Opfern zugeschoben. Wie steht es nun mit der Evidenz für den Nutzen von «Empowerment» und «Health Litteracy» in der Medizin

[10]? Wie funktioniert das? Wie können wir unsere Patienten aktivieren oder, in den Worten Banduras, ihr «agentic behaviour» fördern [11]?

Allgemein geht man davon aus, dass sich mit der Förderung der «Self Efficacy» eine bessere Patientencompliance bei der Behandlung von Risikofaktoren erreichen und Risikoverhalten, wie es bei Patienten in ungünstigen sozialen Verhältnissen gehäuft vorkommt, günstig beeinflussen lässt [12]. Dem Grad der «Self Efficacy», der sich mittels Fragebogen messen lässt [13], kommt aber noch eine darüber hinausgehende Bedeutung zu [14–15]. Ein sehr attraktives Forschungsgebiet, die Neuro-psycho-endokrino-immunologie, ist neu im Entstehen begriffen [16–21], und dessen Resultate weisen zunehmend darauf hin, dass «Self Efficacy» einen direkten Einfluss auf verschiedene Zytokine ausübt; auch dies ein Hinweis darauf, dass sich unsere Arbeit auf diesem Gebiet lohnen dürfte, auch wenn wir die zu Grunde liegenden pathophysiologischen Mechanismen bei der Krankheitsentstehung noch kaum verstehen.

## Das Motivationsgespräch

Das klassische Schema, nach dem die Arztkonsultation abläuft – subjektive Symptome, objektive Befunde, Beurteilung und weiteres Procedere – lässt für die aktive Beteiligung des Patienten und die Mobilisierung seiner Resilienzkräfte nur wenig Platz. Die Technik des Motivationsgesprächs hilft uns, die «agentic power» unserer Patienten zu wecken [22–27]. Im Arztgespräch zuzuhören, was der Patient erlebt hat, sich gemeinsam mit ihm auf die Ziele zu einigen, die zu erreichen sind, gemeinsam konkrete, erreichbare Schritte zu definieren und Strategien zur Überwindung vorhersehbarer Hindernisse zu entwickeln, schliesslich einen Evaluationsvertrag abzuschliessen ist weit zeitaufwändiger als eine herkömmliche Konsultation und beeindruckt weniger als eine High-Tech-Intervention. Selbstverständlich hilft ein Motivationsgespräch allein kaum, zudem werden weitere Elemente wie Übertragung und Gegenübertragung in diesem Konzept kaum berücksichtigt. Trotzdem handelt es sich um eine in bestimmten Situationen hilfreiche Möglichkeit, welche von den Patienten übrigens auch in anderen Bereichen eingesetzt werden kann, um ihr persönliches kulturelles Kapital zu erhöhen.

Unser Beruf als Generalist und Allgemeininternist ist im Umbruch begriffen. Über unsere Rolle als Anlaufstelle und als Manager in unklaren Situationen hinaus sind wir an der Schnittstelle verschiedener Bereiche auch zur interdisziplinären Arbeit prädestiniert. Dies illustriert das Problem der sozioökonomischen Einflussfaktoren auf die Gesundheit exemplarisch. Dazu braucht es allerdings auch die entsprechende Anerkennung von Seiten des Gesundheitssystems. Um diese Aufgabe wahrnehmen zu können, müssen wir uns die nötige Zeit für unsere Patienten nehmen können, und es braucht auch die entsprechende Ausbildung und Forschung<sup>1</sup>.

---

Das klassische Schema, nach dem die Arztkonsultation heute abläuft, lässt für die aktive Beteiligung des Patienten nur wenig Platz.

---

<sup>1</sup> Im Institut für Allgemeinmedizin der Universität Zürich läuft zum Beispiel derzeit ein Forschungsprojekt über Armut und Gesundheitsversorgung, an dem auch praktizierende Ärzte beteiligt sind.

## Literatur

- 1 Publication WHO: Déterminants sociaux de la santé: les faits. Deuxième édition sous la direction de Richard Wilkinson et de Michael Marmot. ISBN 92-890-2370-8.
- 2 Gesundheit in der Schweiz, Nationaler Gesundheitsbericht 2008, Herausgeberin K. Meyer, Hans Huber Verlag.  
<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.Document.114424.pdf>
- 3 Leigh A, Jencks CJ. Inequality and mortality: long-run evidence from a panel of countries. *Health Econ.* 2007;26(1):1–24. Epub 2006 Sep 11. PMID: 16963138
- 4 Schneider S, et al. «Sind Reiche gesünder»? *Dtsch Med Wochenschr.* 2006;131:1998–2003.
- 5 Wamala SP, Lynch J, Kaplan GA. Women's exposure to early and later life socioeconomic disadvantage and coronary heart disease risk: the Stockholm Female Coronary Risk Study. *Int J Epidemiol.* 2001;30(2):275–84.
- 6 Pierre Bourdieu. The forms of Capital. In *Handbook of Theory and Research for the sociology of education.* Greenwood Press 1986.
- 7 Singh-Manoux A, Marmot M. Role of socialization in explaining social inequalities in health. *Soc Sci Med.* 2005;60:2129–33.
- 8 Thomas Abel. Kulturelles Kapital in der Gesundheitsförderung. Power Point Präsentation. Nationale Gesundheitsförderungs- Konferenz Seedamm Plaza Pfäffikon 2009.
- 9 Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191–215.
- 10 K. Sommerhalder und T. Abel. Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung. 2007.  
[www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/)
- 11 Bandura A. Social cognitive theory: An Agentic Perspective. *Ann Rev Psychol.* 2001;52:1–26.
- 12 Sozioökonomischer Status und Gesundheitsverhalten Karin Siegrist PiD – Psychotherapie im Dialog 2008;4:382–6.
- 13 <http://userpage.fu-berlin.de/~health/>
- 14 Krichbaum K, Aarestad V, Bueth M. Exploring the connection between self-efficacy and effective diabetes self-management. *Diabetes Educ.* 2003;29(4):653–62.
- 15 Effectiveness of Chronic Obstructive Pulmonary Disease-Management Programs: Systematic Review and Meta-Analysis Isabelle Peytremann-Bridevaux, MD, MPH, DSc,a Philippe Staeger, MD, MPH,b Pierre-Olivier Bridevaux, MD, MSc,c William A. Ghali, MD, MPH,d Bernard Burnand, MD, MPHa. *Am J Med.* 2008;121:433–44.
- 16 Petersen KL, Marsland AL, Flory J, Votruba-Drzal E, Muldoon MF, Manuck, S. B. Community Socioeconomic Status is Associated With Circulating Interleukin-6 and C-Reactive Protein. *Psychosom Med.* 2008;70:646–52.
- 17 Yoichi Chida, Andrew Steptoe. Cortisol awakening response and psychosocial factors: A systematic review and meta-analysis. *Biol Psychol.* 2009;80:265–78.
- 18 Philip C. Strike, et al. Exaggerated Platelet and Hemodynamic Reactivity to Mental Stress in Men With Coronary Artery Disease. *Psychosom Med.* 2004;66:492–500.
- 19 Mary E. Coussons-Read, et al. Prenatal Stress Alters Cytokine Levels in a Manner That May Endanger. *Human Pregnancy.* *Psychosom Med.* 2005;67:625–31.
- 20 Alexander Haensel, Paul J. Mills, Richard A. Nelesen, Michael G. Ziegler, Joel E. The relationship between heart rate variability and inflammatory markers in cardiovascular diseases. *Dimsdale Psychoneuroendocrinol.* 2008;33:1305–12.
- 21 Vitteta L, Anton B, Cortizo F, Sali A. Mind-Body Medicine Stress and Its Impact on Overall Health and Longevity. *Ann N.Y. Acad Sci* 2005;1057:492–505.
- 22 Health Promotion International, Vol. 21 No. 3, 2006.
- 23 Cochrane G. Role for a sense of self-worth in weight-loss treatments: helping patients develop self-efficacy. *Can Fam Physician.* 2008;54(4):543–7.
- 24 Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Educ Couns.* 2004;53(2):147–55. Review.
- 25 Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. *Am Fam Physician.* 2005;72(8):1503–10.
- 26 Sune Rubak, Anelli Sandbæk, Torsten Lauritzen, Knut Borch-Johnsen, Bo Christensen. An education and training course in motivational interviewing influence: GPs' professional behaviour – ADDITION Denmark. *Br J Gen Pract.* 2006;56(527):429–36.
- 27 Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(4).

Korrespondenz:  
Dr. med. Joël Cuénod  
Birsigstrasse 10  
4054 Basel  
joel.cuenod@magnet.ch

## 6. Weiterbildungskurs in Psychosomatischer Medizin

Zertifikatskurs des Advanced Study Centre der Universität Basel zur Erlangung des Fähigkeitsausweises SAPM für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin.

Veranstaltet von: Abteilung Psychosomatik (Medizin), Abteilung Sozialmedizin/Psychosomatik (UFK), unter Mitarbeit von niedergelassenen psychosomatisch und psychiatrisch tätigen Ärztinnen und Ärzten.

Kursbeginn: 29. April 2010.

Information zum Fähigkeitsausweis SAPP: [www.sappm.ch](http://www.sappm.ch).

Information und Anmeldung zum Kurs: [www.psychosomatik-basel.ch/index42.htm](http://www.psychosomatik-basel.ch/index42.htm) oder Tel. 061 265 52 94 (vormittags).