

1. „Resonance based Medicine“ (RbM) - eine notwendige Ergänzung der „Evidence based Medicine“ (EbM)

Hansjörg Ebell

Abstract: An atmosphere of reciprocal “resonance” between health care professionals and their patients creates an optimal forum of exchange for the application of professional expertise according to the rules of “Evidence based Medicine”, the contemporary scientific gold standard. All Interactions aim at specifying carefully-chosen individual therapeutic goals and the appropriate means to achieve them. Arguments for or against particular therapeutic and diagnostic measures need to be continually reevaluated, for not only objective findings but personal issues as well can prove decisive. A patient-centered communication is focused on the potential benefits it can yield for the stated goals. The intersubjective resonance of confident expectation on both sides provides constructiveness and effectiveness.

An interventional perspective on cause and effect in the treatment of pathology is complemented by a relational perspective that features resources and the growth potential of inherent capabilities of the individual (salutogenesis). In the face of chronic illness as a complex system of interdependent objective and subjective factors both aspects must be unconditionally acknowledged. Precisely here, intersubjective resonance and patient-centered communication fostering an atmosphere of growth for the patient are particular valid.

„Resonance based Medicine“ (RbM) is a concept that refers to the fundamental significance of intersubjective resonance in the relationship between caregiver and caretaker for all health services; interpersonal exchange and patient-centered communication are the basis of all diagnostic considerations and therapeutic decisions. RbM invokes the analogy to physical resonance as encountered today in such disciplines as systemic theory, psychology, philosophy and sociology. The onomatopoeitic similarity of “Resonance based Medicine” to „Evidence based Medicine“ (EbM) is intentional. Both concepts, EbM and RbM, can and do complement each other.

Zusammenfassung: In einer Atmosphäre wechselseitiger „Resonanz“ zwischen Hilfe Bietenden und Hilfe Suchenden herrschen optimale Bedingungen, um Fachkompetenz einbringen zu können, die die Vorgaben einer „Evidence based Medicine“ (EbM) als anerkanntem Goldstandard beachtet. Alle Interaktionen zwischen Behandelnden und Behandelten in der Medizin dienen dazu, angemessene Ziele zu ermitteln und diese zu erreichen. Das Für und Wider von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen muss dafür immer wieder geklärt werden. Sowohl objektive Befunde als auch persönliche Einschätzungen können entscheidend sein. Eine patientenzentrierte Kommunikation fokussiert bei jedem Austausch dessen Nutzen für gemeinsam vereinbarte Ziele. Eine Haltung zuversichtlicher Erwartung wirkt sich positiv aus. Diese Qualität intersubjektiver Resonanz erweist sich als konstruktiv und wirksam.

Die Perspektive auf Ursache-Wirkungsbeziehungen (Pathogenese) mit entsprechenden Interventionen benötigt die Ergänzung um eine beziehungsorientierte Perspektive, die auf Ressourcen und Wachstumspotential setzt und individuelle Möglichkeitsräume eröffnet (Salutogenese). Beide sind spätestens dann unbedingt zu beachten, wenn es sich um chronische Erkrankungen mit ihrem komplexen Bedingungsgefüge aus objektivierbaren und subjektiven Faktoren handelt. Hier ermöglichen intersubjektive Resonanz und therapeutische Kommunikation, eine aufmerksame und schwingungsfähige Wachstumsatmosphäre zur Verfügung zu stellen.

Der Begriff „Resonance Based Medicine“ (RBM) verweist auf die fundamentale Bedeutung intersubjektiver Resonanz für alle Interaktionen im Gesundheitswesen; interpersoneller Austausch und patientenzentrierte Kommunikation sind die Grundlage aller diagnostischen Erwägungen und therapeutischen Entscheidungen. RbM verwendet die Analogie zur physikalischen Resonanz wie in anderen wissenschaftlichen Disziplinen, so in Systemtheorie, Psychologie, Philosophie und Soziologie. Die lautmalerische Ähnlichkeit von „Resonance based Medicine“ und „Evidence based Medicine“ ist beabsichtigt. Beide Konzeptualisierungen, EBM und RBM, können und sollen sich ergänzen.

*„Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in **making decisions about the care of individual patients**. (.) Increased expertise is reflected in many ways, but especially in more effective and efficient diagnosis and in **the more thoughtful identification and compassionate use of individual patients' predicaments, rights, and preferences in making clinical decisions about their care.**“*
Sackett et al. (1996). *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ 312: 71-72 (Hervorhebungen H.E.)

In Deutschland sind für die ärztliche Entscheidungsfindung und Indikationsstellung zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen aktuell fast ausschließlich „objektive“ Ergebnisse der Apparate- und Labor-Diagnostik maßgeblich. Doch was ist mit der Verpflichtung, individuell zu prüfen und zu begründen, was bei wem in welcher Situation umgesetzt werden kann und sollte und was warum nicht – und zwar gemeinsam mit den Betroffenen? Wird die Ergänzung des Genfer Gelöbnisses bzw. des Hippokratischen Eides der Ärzteschaft, „die Autonomie und Würde des Patienten zu respektieren“, aus dem Jahr 2017 beachtet? Dass Sackett et al. vor ca. 30 Jahren die Bedeutung und Notwendigkeit individualisierter klinischer Entscheidungen (s. Zitat oben) betont haben, dürfte den meisten Entscheidern „gemäß EbM“ nicht mehr präsent sein.

Der Vorschlag einer „Resonance based Medicine“ (RbM) betont, dass Behandelnde und Behandelte grundsätzlich gemeinsame Entscheidungen treffen sollten, bei denen Autonomie und Würde berücksichtigt werden. Dazu dient eine „patientenzentrierte Kommunikation“. In den S3-Leitlinien (2014) der AWMF zur Psycho-Onkologie wird sie so definiert: *„Patientenzentrierte Kommunikation bezeichnet ein kommunikatives Verhalten, das die körperliche und emotionale Verfassung des Patienten, seine persönlichen Werte, Bedürfnisse und Präferenzen berücksichtigt und seine Selbstkompetenz und Handlungsfähigkeit fördert.“* (S. 82)

Unter der Voraussetzung einer EbM-geleiteten Praxis, d.h. dass wissenschaftlich fundierte Untersuchungsergebnisse und Leitlinien maßgeblich sind, entscheiden die kommunikative Kompetenz sowie Resonanz-Fähigkeit und -Bereitschaft der Behandelnden darüber, ob und wie dies den Behandelten auch zu Gute kommt.

Resonance based Medicine steht für eine medizinische Praxis, in der intersubjektive Kommunikation und eine tragfähige therapeutische Beziehung Grundlage aller diagnostischen Überlegungen und jeglichen therapeutischen Handelns sind. RbM ist geeignet für alle Fachdisziplinen – unabhängig davon, ob es sich um chirurgische oder internistisch-onkologische Behandlungen, um hausärztliche Betreuung oder psychosomatische Gesprächsführung handelt und insbesondere, ob für eine geklagte Symptomatik körperliche, seelische und/oder weitere Faktoren Ausschlag gebend sind.

Kranksein und Krankheit – zwei Perspektiven auf das Selbe

in einer Atmosphäre gegenseitiger Aufmerksamkeit und eines „sich aufeinander Einlassens“ können die qualitativ unterschiedlichen Perspektiven auf das Selbe, d.h. sowohl die subjektive Erfahrung (krank *sein*) als auch die erklärenden diagnostischen Zuordnungen (Krankheiten), beachtet und einbezogen werden. In einer nach wie vor lesenswerten Monografie zu „Wesen und Bedeutung des Schmerzes“ von Sauerbruch & Wenke (1936) heißt es dazu: *„Oswald Schwarz hat (...) die Begriffe anthropologisches Krank s e i n und medizinisches Krankheits b i l d eingeführt. Diese Bezeichnungen sind sehr glücklich gewählt, weil sie den Kernpunkt der Unterscheidung völlig deutlich machen: Im ersten Falle handelt es sich um das „Sein“, um den existenzialen Totalzustand, im zweiten Falle um ein „Bild“, d.h. um eine abstrakte Konstruktion von Wirkungszusammenhängen, die die Forschung nach ihren eigenen Gesichtspunkten des medizinisch Bedeutsamen herstellt.“* (S. 76)

Die ärztliche Aufgabe und die Herausforderung bestehen vor allem darin, sich selbst und den Patienten geklagte Beschwerden schlüssig und weiterführend erklären zu können. Dabei wird von beiden Seiten erhofft und erwartet, dass die Ängste, Fragen und/oder leidvollen Erfahrungen, die ins Getriebe des Gesundheitswesens geführt haben, über die gefundenen Antworten und Erklärungen („Ursachen“) zu Besserung und Heilung führen. Der intersubjektive Austausch zwischen Arzt und Patient bzw. den jeweiligen Protagonisten von *Krankheit* und *krank sein* beinhaltet viele Optionen für ein Gelingen; er birgt aber auch vielfältige Risiken für Miss-Verständnisse und kann scheitern. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die Behandelten sich nicht verstanden oder ernst genommen fühlen und/oder in ihrem Leiden und ihren Ängsten nicht ausreichend entlastet werden können. Darum ist es eminent wichtig, dass beide Seiten ihr maßgebliches Expert:innen-tum zur jeweiligen Perspektive (*Krankheit* und *krank sein*) einbringen.

Die angenommenen Entstehungsursachen als *körperliche* und/oder *seelische* Störungen (*Pathogenese* einer *Krankheit*) prägen die medizinische Praxis. Bemühungen, diese dualistische Trennung in Theorie und Praxis zu überwinden (das bio-psycho-soziale Modell von Engel mit eingeschlossen) gehen gleichwohl von einer solchen qualitativen Unterscheidung als Voraussetzung aus. Von Henningsen³ (2021, 2025) wurden überzeugende theoretische Alternativen mit relevanten praktisch-klinischen Konsequenzen formuliert.

In einem medizinisch-naturwissenschaftlichen „Reparatur“-Modell wird der Patient zum passiven Empfänger einer von Spezialisten verordneten und durchgeführten Therapiemaßnahme – und in der Regel ist er damit einverstanden. Wenn allerdings der erwartete Erfolg ausbleibt, weil „es sich nicht regelt“, steigt die Wahrscheinlichkeit von Konflikten und droht ein Scheitern der Bemühungen. Es hängt dann von einer Beteiligung an der Entscheidungsfindung und/oder aktiven Mitarbeit der Behandelten ab, ob noch ein zufriedenstellendes Ergebnis erreicht werden kann. Bei chronischen Erkrankungen erfordert das komplexe Bedingungsgefüge aus objektivierbaren und subjektiven Faktoren unbedingt eine aktive Beteiligung auch von Seiten der Betroffenen.

Für alle Begegnungen und Behandlungen sollte Ausschlag gebend sein, dass daraus für die verunsicherten, leidenden Patient:innen ein angemessener und weiterführender Beitrag zur Lösung der Probleme bzw. zur Förderung ihres Gesundseins (Salutogenese) erwächst. Dafür ist eine Atmosphäre gegenseitiger „Resonanz“ am besten geeignet. Nicht nur, weil auf diese Weise auf Seiten der Behandelnden ihre professionelle Fachkompetenz optimal eingebracht werden kann, sondern weil durch eine zuversichtliche und aktive Beteiligung auf Seiten der Behandelten auch die Wahrscheinlichkeit für positive Entwicklungen stark ansteigt. Intersubjektive Resonanz ist also von entscheidender Bedeutung für Gelingen oder Scheitern der Begegnungen bzw. der Therapie insgesamt.

„Resonanz“

Der Begriff „Resonanz“ steht für die zwischenmenschliche Ebene in der professionell geprägten Rollenbeziehung von Behandelnden und Behandelten in der alltäglichen medizinischen Praxis. Die gezielt therapeutische Verwendung von Kommunikation beinhaltet nicht nur Techniken der Gesprächsführung, sondern vor allem die Fähigkeit und Bereitschaft zur Resonanz im intersubjektiven Austausch. Dadurch werden optimale Bedingungen geschaffen, um gemeinsam angemessene Therapieziele zu ermitteln und zu verfolgen.

³ P. Henningsen (2021): *Allgemeine Psychosomatische Medizin* (Springer)

P. Henningsen (2025): *Die neue Psychosomatik der Körperbeschwerden* (Klett-Cotta)

Der Begriff Resonanz wird im Kontext von Naturwissenschaften, Medizin, Psychotherapie und Geisteswissenschaften unterschiedlich verwendet. In dieser Skizze einer resonanzbasierten Medizin geschieht dies in zweifacher Hinsicht: Zum einen *positiv bewertend* für das *Gelingen von Kommunikation und Beziehungsgestaltung* (Rosa, 2016) zwischen Behandelnden gleich welcher Fachrichtung und Patient:innen; zum anderen *systemtheoretisch* als *neutral beschreibender Terminus technicus*, um die Interdependenz und die Interaktionen verschiedener Elemente und Ebenen *in* komplexen, selbstorganisierenden Systemen sowie *zwischen* mehreren solchen Systemen zu beschreiben. Beide Interpretationen sind wichtig und geeignet, zwischenmenschliche Resonanz und patientenzentrierte Kommunikation zu charakterisieren. Beide Perspektiven ergänzen einander.

In seinem Praxisleitfaden „Der achtsame Therapeut“ definiert Siegel (2012) Resonanz als „*Neurobiologie des Wir*“ (S. 100). Er beschreibt sie als „*physiologisches Ergebnis von Präsenz und Einfühlung, das in der Abstimmung von zwei autonomen Wesen zu einem ineinandergreifenden und funktionalen Ganzen besteht, da jede Person den inneren Zustand des anderen beeinflusst. Bei Resonanz ‚fühlen wir uns‘ vom anderen ‚gefühlte‘. Diese Verbindung hat tief greifende transformative Auswirkungen auf beide Beteiligten. Unser menschliches Nervensystem ist so gebaut, dass es Resonanz braucht, um in unserem Leben von Anfang an ein Gefühl von Verbundenheit herstellen zu können. Die Erfahrung von Verbundenheit vermittelt uns ein Gefühl von Sicherheit, Gesehen werden und Schutz. Das Bedürfnis nach solch einer nahen und verletzbaren Beziehung zu anderen haben wir als Menschen unser Leben lang.*“ (S. 20)

Rosa (2016) hat in seinem Entwurf einer „Soziologie der Weltbeziehung“ ausgeführt, dass „*sich der Resonanzbegriff als Metapher zur Beschreibung von Beziehungsqualitäten in hohem Maße eignet und dass er ein enormes Anregungspotential für die Untersuchung von Weltverhältnissen auf nahezu allen Feldern des menschlichen Lebens entfaltet.*“ (S. 281). Intersubjektivität in der Psychotherapie führt er als Erklärung dafür an, warum über die Beziehungsebene Veränderungen bewirkt werden können. Er spricht von einem „*Resonanzraum, in dem es über Synchron- und Response-Resonanzen gelingt, die Situation des Klienten aufzunehmen, hör- und fühlbar zu machen*“ und zitiert als Fußnote aus dem „Wörterbuch der Psychotherapie“ (Stumm & Pritz, 2009): „*In der therapeutischen Situation ist der Therapeut achtsam auf seine Resonanz, er pendelt in seiner Aufmerksamkeit hin und her zwischen Wahrnehmen des Klienten und dem Wahrnehmen seiner Resonanz zu diesem Klienten. Die Resonanz ist somit die Hauptquelle therapeutischen Verhaltens.*“ (S. 286) Für Gelingen oder Scheitern der Begegnungen im therapeutischen Kontext ist intersubjektive Resonanz entscheidend.

Auch Henningsen (2025) verweist in seiner „neuen Psychosomatik der Körperbeschwerden“ auf die Bedeutung von Resonanz: „*Um die subjektive, die 1--Person-Perspektive des Betroffenen verstehen zu können, muss ich ihm sozusagen in der 2.-Person-Perspektive begegnen, als Person im Dialog, in Resonanz, als teilnehmender Beobachter also, nicht als unbeteiligter. Das liegt daran, dass im Verstehen mein eigenes Vorverständnis mit eingeht, mein Einfühlungsvermögen, aber eben auch meine emotionale und leibliche Resonanz. Eine ganz wichtige Voraussetzung ist, dass ich in meiner eigenen Haltung verinnerliche, dass ich dem Gegenüber tatsächlich als verkörpertes Selbst begegne, dass meine körperlichen Resonanzen und Reaktionen auch bedeutsam sind, meine im Gespräch eingenommene Körperhaltung, mein Körpererleben.*“ (S. 111)

„Annäherungsziele“ (mehr von ...) statt „Vermeidungsziele“ („weniger von ...“)

In seiner methodenübergreifenden Darstellung „Neuropsychotherapie“ beschreibt Grawe (2004) unterschiedliche „*motivationale Schemata*“ bei „*Annäherungszielen*“ und „*Vermeidungszielen*“: Bei Ersteren ein „**Behavioral Activation System**“ (BAS), das mit einer Aktivierung des dopaminergen Belohnungssystems im Gehirn verbunden ist, bei Letzteren ein „**Behavioral Inhibition System**“ (BIS), das mit einer Aktivierung der Amygdala bzw. den Kernen und Schaltkreisen, die Angst und vermeidendes Verhalten steuern, einhergeht. Diese Unterscheidung ist Grundlage des in der exemplarischen Kasuistik von Herrn K. (s. 2.) vorgestellten Wechsels der Perspektive: **Weg von** Bekämpfung und Vermeidung von Schmerzen, **hin zu** mehr Lebensqualität. Für die Betroffenen ist die Unterscheidung von Annäherungs- und Vermeidungszielen nicht nur einleuchtend und klärend; sie wird durch Selbstwirksamkeitserfahrungen bestätigt: *„Beim Anstreben eines positiven Zieles ist es ziemlich leicht festzustellen, ob man dem Ziel nähergekommen ist und man kann das Ziel auch wirklich erreichen. Annäherungen an das Ziel sind in der Regel mit positiven Emotionen verbunden, ganz besonders dann, wenn sie schneller oder größer sind als erwartet. (.) Der Weg zum Ziel kann in kleine Schritte / Unterziele aufgeteilt werden, die viel eher erreichbar sind als das Endziel. Auch das Erreichen dieser Zwischenziele kann schon positive Emotionen auslösen. Hingegen: „Vermeidungsziele erfordern dauernde Kontrolle sowie verteilte statt fokussierte Aufmerksamkeit. Man kann sie nie ganz erreichen. Selbst wenn man eine Gefahr erfolgreich abgewehrt hat, kann man nie sicher sein, dass nicht eine andere Gefahr von einer anderen Seite droht. Bei Vermeidungszielen muss man immer auf der Hut sein.“* (S. 278)

Intersubjektive Resonanz und patientenzentrierte Kommunikation eröffnen „Möglichkeitsräume“ für eine salutogene Entwicklung

Antonovsky (1990) betont in seinem Modell der Salutogenese die Bedeutung der Erforschung der Bedingungen von Gesundheit, im Gegensatz zur vorherrschenden Ausrichtung auf Krankheiten und deren Bekämpfung. Er verweist auf die Unterschiede beider Paradigmen und dass es wichtig ist, Resilienzfaktoren zu ermitteln, die es ermöglichen, optimal mit Herausforderungen und Krankheit umzugehen bzw. trotz alledem gesund zu bleiben oder wieder gesund zu werden.

Durch Präsenz, Resonanz und patientenzentrierte Kommunikation wird ein *gemeinsamer intentionaler Resonanzraum* (Petzold, 2015) zur optimalen Gestaltung der therapeutischen Beziehung geschaffen: *„Für eine erfolgreiche Kooperation ist eine gemeinsame Intentionalität zur Annäherung an Gesundheit Ausschlag gebend. Die Intention steuert auch unser implizites Verhalten sowie viele vegetative Funktionen. Eine gemeinsame Intentionalität ist sozusagen der Ursprung und die Basis von lebendiger kreativer Kooperation. Wenn diese stimmig ist, kann die Kooperation als Selbstregulation ablaufen. So erscheint es von Bedeutung für eine salutogene Arzt-Patient-Kommunikation, Sensibilität und Achtsamkeit sowohl für die eigene als auch für die Intentionalität des Patienten wie auch für die gemeinsame zu kultivieren.“* (S. 400)

In solchen intersubjektiv eröffneten „Möglichkeitsräumen“ (Fuchs, 2017) herrschen – wie in einem ökologischen Gewächshaus – optimale Bedingungen zum Wachsen und Gedeihen bzw. können diese gemeinsam geschaffen werden.

Literaturangaben in den Originalartikeln (s. 2. und 3. - als PDF auf www.doktorebell)