

S. Brockmann¹
D. Schönefeld²
M. Sielk¹
S. Wilm¹
S. Kreher²

Lässt sich das Unfassbare fassen?

Einblick in Krankheitskonzepte von Hausärzten zu Kopfschmerz

How to Catch the Incomprehensible?

Insight Into General Practitioners' Concepts of Illness Concerning Headache

Zusammenfassung

In drei Fallrekonstruktionen, die durch Analyse von Interviews nach der Methode der Grounded Theory entwickelt wurden, wird der Umgang von männlichen Hausärzten mit dem Symptom Kopfschmerzen dargestellt und die darin sichtbaren Krankheitskonzepte benannt und beschrieben.

Deutlich wird das Unfassbare und Schwierige des Kopfschmerzes, was unterschiedliche Strategien auslöst: Einteilung in klare und schwierige Fälle, die mit Positiv- oder Ausschlussdiagnostik verfolgt werden; Einteilung in Einzelfälle oder Patientengruppen, die entweder individuell oder pauschal ‚beherrscht‘ werden; oder das an rituelles Handeln erinnernde ‚Spiele‘ mit den Patienten. Migräne wird hier anders gesehen und gesondert ‚behandelt‘.

Unterschiede im Umgang mit Kopfschmerzen erscheinen nicht fachlich-medizinisch begründet. Persönliche Erfahrungen und Verstehens- und Handelns-Muster der Ärzte, also ihre Krankheitskonzepte, gehen entscheidend ein. Das wirft Fragen zur ‚Passung‘ von hausärztlichen Konzepten zu denen ihrer Patienten in der alltäglichen Entscheidungsfindung auf.

Schlüsselwörter

Kopfschmerz · Krankheitskonzepte · Grounded Theory · Hausarzt · Entscheidungsfindung

Abstract

Three qualitative interviews with general practitioners concerning headache were analysed according to grounded theory. Reconstructions of cases present doctors' strategies to deal with headache and reveal their concepts of illness. Doctors present headache as a difficult phenomenon which can be managed only by different and well defined strategies, Migraine. Migraine is seen by all three doctors as a different thing, needing different.

The different strategies concerning headache can not be explained only by doctors' medical knowledge, but also by their personal experiences and patterns. The question arises what sort of concordance is the best for doctors'-patients' decision-making in daily practice.

Key words

Headache · illness concepts · grounded theory · general practitioners · medical decision-making

Institutsangaben

¹Abt. für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

²Fachbereich Gesundheit u. Pflege/Gesundheitssoziologie u. qualitative Sozialforschung, Fachhochschule Neubrandenburg

Anmerkung

* Allen Ärzten wurden für die Fallrekonstruktionen fiktive Namen gegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Silke Brockmann · Abt. für Allgemeinmedizin · Universitätsklinikum · Postfach 10 10 07 · 40001 Düsseldorf · E-mail: brockmann@med.uni-duesseldorf.de

Bibliografie

Z Allg Med 2004; 80: 343–348 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2004-820340
ISSN 0014-336251

Einleitung

Während in den letzten Jahren Untersuchungen zu krankheitsbezogenen Lientheorien Thema der deutschsprachigen gesundheitswissenschaftlichen Forschung waren, liegen bisher nur wenige Studien zu Krankheitskonzepten von Ärzten und noch weniger zu solchen von Hausärzten vor. Die Identifizierung und weitere Charakterisierung solcher Konzepte wird als bedeutsam eingeschätzt, um die Arzt-Patienten-Kommunikation und die Ausgestaltung von Entscheidungsfindung weiter ergründen zu können. Man kann davon ausgehen, dass Konzepte und Vorstellungen von Ärzten zu bestimmten Symptomen oder Diagnosen handlungsleitend dem Patienten gegenüber sind und sich in der Art der vorgeschlagenen Diagnostik und Therapie niederschlagen.

Wie und wo aber lassen sich Krankheitskonzepte von deutschen Hausärzten finden?

Alltags-, Erfahrungs- und Expertenwissen gehen in die Krankheitskonzepte von Ärzten ein. Dieses Gemisch bestimmt – so die Hypothese – die Gestaltung von Diagnostik und Therapie bei Krankheiten und Symptomen. Deswegen ist zu erwarten, dass Krankheitskonzepte hindurch schimmern, wenn Ärzte Symptome/Krankheiten thematisieren und (narrativ) ihre Erfahrungen und Erlebnisse mit Patienten schildern. Diese können dann durch Textanalyse von Interviews mit Hausärzten aufgespürt und beschrieben werden.

Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Wissenschaftlern, Doktoranden und Diplomanden der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf und des Fachbereichs Gesundheit und Pflege der Fachhochschule Neubrandenburg, ist seit Oktober 2002 dabei, Einblick in Krankheitskonzepte von Hausärzten (und z.T. auch Patienten) zu verschiedenen Symptomen bzw. Krankheiten zu nehmen, indem sie Interviews nach der Grounded Theory analysieren. Das Projekt trägt den Namen „KAUSA“. Der Begriff (lat. „die Sache, der Grund“) entstand durch Aneinanderreihung der Anfangsbuchstaben der einbezogenen Symptome/Krankheitsbilder, nämlich: **K**opfschmerzen, **a**kuter Husten, **U**lcus cruris, **S**chizophrenie und **A**ortenaneurysma.

In dieser Publikation werden erste Ergebnisse dieses Forschungsprozesses anhand des Symptoms Kopfschmerz vorgestellt.

Methode

Für den Analyse-Pfad „Krankheitskonzepte zu Kopfschmerzen“ wurden Interviews mit Hausärzten ausgewählt, die im Rahmen des Projekts „Exakte Erfassung der Behandlungsvariabilität durch den Einsatz standardisierter Patienten – Untersuchung in Hausarztpraxen am Beispiel des Kopfschmerzes“ im Verlauf des Jahres 2002 geführt worden waren.

Zwei Typen von ‚Standardisierten Patientinnen‘ (SP) (eine ängstlich gespielte und eine neutral gespielte) mit identischer Anamnese und Symptomatik hatten sich 2002 bei 52 männlichen Hausärzten in Düsseldorf und Umgebung mit dem Symptom Kopfschmerzen vorgestellt. Ca. eine Woche nach den SP-

Besuchen führte eine Studienärztin mit 47 dieser Ärzte mündliche offene Leitfaden-Interviews. Sie stellte (a) Fragen zu der simulierten Patientin und (b) Fragen zu den bisherigen Erfahrungen des Arztes mit Kopfschmerzen bzw. Kopfschmerzpatienten im Rahmen der täglichen Praxis. Für die hier präsentierte Analyse wurde nur der letztere Teil (b) der Interviews berücksichtigt.

Die Auswahl der Interviews zur näheren Analyse erfolgte, indem nach voneinander abweichenden Dimensionen und Strategien der Ärzte gesucht wurde, um eine möglichst große Kontrastierung zu erhalten und zu erfassen (theoretical sampling). In einem mehrstufigen Arbeitsprozess wurde das Material nach dem Prinzip der Grounded Theory (siehe Artikel von Sielk M et al. in dieser Ausgabe) auf Kategorien hin durchsucht, durch Paraphrasierung zunehmend verdichtet und Lesarten und Hypothesen gebildet. Auf diese Weise erfolgte die Identifizierung einer oder mehrerer Schlüsselkategorien, um die herum eine Theorie bzw. ein Modell entwickelt werden konnte. In Fallrekonstruktionen wurde diese wie bei einem ‚Phantombild‘ zusammengefügt und ein ‚Profil‘ oder ‚Typus‘ konstruiert, der sich für die Untersucher aus den Kategorien geformt und gebildet hat. Zitate aus den Interviews dienen nun nur noch der Illustration, nicht der ‚Beweisführung‘.

Im Folgenden präsentieren wir drei Fallrekonstruktionen und – um Einblick in die Varianz der Interpretationen zu geben – zum Teil auch angedeutete alternative Lesarten. Das, was hier präsentiert wird, ist die dominante Lesart des Umgangs der jeweiligen Hausärzte mit Kopfschmerzen (und den entsprechenden Patienten) und – meist nur indirekt ableitbar – den zugrunde liegenden Krankheitskonzepten, die sich den Analyseteams in mehreren Arbeitsschritten erschlossen. Für die angeführten Zitate gibt es – vor allen Dingen, wenn sie isoliert vom Kontext betrachtet werden – auch andere mögliche Lesarten. Die Analyse aus dem Kontext des gesamten Interviews heraus lässt aber die hier dargestellten Fall-Bilder gut begründet dastehen. Da es sich um Zwischenergebnisse eines langwierigen Analyseprozesses handelt, nehmen diese Darstellungen nicht in Anspruch, unanfechtbar zu sein, sondern dienen als Diskussionsbeitrag zu einem bisher wenig erforschten Bereich.

Fallrekonstruktionen von drei Hausärzten

Dr. Jäger* (ID 07)

Der zum Zeitpunkt des Interviews 63-jährige Dr. Jäger führt seit 20 Jahren eine eigene Praxis als niedergelassener Hausarzt in einer westdeutschen Großstadt. Die durchschnittliche Scheinzahl pro Quartal beträgt 1300. Das von einer 33-jährigen Ärztin in der Praxis des Befragten durchgeführte Interview hat eine Dauer von ca. 21 Minuten.

Dr. Jäger wirkt aus dem Interviewmaterial heraus ambivalent: Einerseits interessiert er sich für die Patienten und ihre Schmerzen, andererseits interessiert er sich auch für seinen persönlichen (diagnostischen) Erfolg und läuft Gefahr, dabei den Patienten aus den Augen zu verlieren.

Höchste Aufmerksamkeit bei Diagnostik

Für Dr. Jäger ist Kopfschmerz ein Symptom, keine Diagnose. Es ist ein Zeichen, ein Signal für etwas Dahinterliegendes. „Der Kopfschmerz ... dahinter kann sehr viel stecken.“ Es versetzt ihn in Alarmbereitschaft. Seine Aufmerksamkeit steigt stark. Das Spektrum liegt für Dr. Jäger zwischen Harmlosigkeit und schwererer Erkrankung. „Kopfschmerz nehme ich immer ernst“. „Kopfschmerz und Schwindel erweckt meine höchste Aufmerksamkeit.“ Dr. Jäger begreift den Kopfschmerz als übermächtiges Wesen, das in jeder Verzweigung der medizinischen Wissenschaft anzutreffen ist. „Der Kopfschmerz, der geht durch die ganze Medizin“. Es entsteht der Eindruck, dass Dr. Jäger Kopfschmerz und die präsentierte Variation seiner Ursachen und Auswirkungen nicht nur Respekt sondern vielmehr eine große Verunsicherung einflößt. Dies wird deutlich beim Umgang mit Migräne-Patienten. „Ich hüte mich vor der Diagnose Migräne. Das mag ich nicht, wenn einer kommt und sagt: Ich habe eine Migräne.“ Das trotzig klingende „das mag ich nicht“ kann darauf hinweisen, dass Dr. Jäger sich seiner ärztlichen Definitionsmacht beraubt fühlt, da die Patienten ihre Diagnose bereits ‚mitbringen‘ und sich selbst bestens auskennen scheinen mit ‚ihrer‘ Migräne. Hier fühlt sich Dr. Jäger ausgegrenzt. Und er grenzt wiederum die bedrohlich anmutende Migräne aus und führt sein Expertentum und seine Definitionsmacht ins Feld. „dann bleibe ich weiter hellhörig und versuche, weil die Diagnose Migräne eine sehr schwierige Diagnose ist, ... immer zu sehen, was dahinter steckt.“ Auf der Jagd nach der richtigen Diagnose bedient Dr. Jäger sich all seiner diagnostischen Möglichkeiten und Wege. „Und das ist absolut ... üblich bei mir auch relativ viel Diagnostik zu machen, ... aber das ist nicht so, dass hier der Kopfschmerzpatient eine vorzeitige Diagnose bekommt.“ Dr. Jäger versucht, in den schmerzenden Kopf des Patienten zu gelangen wie ein ‚Profiler‘ (in Krimis). Er sezient und analysiert die Patientenpersönlichkeit sorgfältig – wie eine Nuss, die es zu knacken gilt. „Ich versuche, einen Eindruck zu gewinnen über den Charakter, über ... die Persönlichkeit des Patienten. Ist er depressiv, ist er nicht depressiv, hat er Schlafstörungen, hat er keine Schlafstörungen. Weil das ist wirklich wichtig.“

Klare und schwierige Fälle

In der weiteren Analyse zeigt sich bei Dr. Jäger ein relativ einfaches dichotomes Differenzierungsmuster hinsichtlich des Symptoms Kopfschmerzen und der dazugehörenden Patienten. Er unterscheidet zwischen ‚klaren Fällen‘ und ‚schwierigen Fällen‘. Klare Fälle sind Patienten mit einem Schädelhirntrauma, einem Hirntumor, einer Hirnblutung. Bei diesen kann mit einer ‚Positivdiagnostik‘ (z. B. Computertomographie) rasch eine Diagnose gestellt und eine Sicherheit hergestellt werden. Zu den schwierigen Fällen zählt Dr. Jäger Patienten mit Depressionen und Migräne, schlimmstenfalls mit beidem zusammen. „Sicherlich, es gibt die depressiven Patienten, die viel schwieriger zu diagnostizieren sind, viel schwieriger, die können auch Migräne haben.“ Schwierig sind sie für Dr. Jäger deshalb, weil er sich eben nicht – wie bei den klaren Fällen – „schnell ein Bild machen kann“ und er eine langwierige Diagnostik betreiben muss. „Weil der depressive Patient, der kommt immer mit einer breiten Palette von Beschwerden.“ Bei diesen Patienten verwendet Dr. Jäger also ein anderes Diagnosemuster: die Ausschlussdiagnostik. Durch analytisches Ausschließen versucht Dr. Jäger, an die Ursache des Kopfschmerzes heranzukommen. „Ich muss dann eben ausschließen, dass metabolisch etwas ist, ... dass da nicht Niereninsuffizienz ist,

das Herz funktioniert und so weiter.“ Die Ausschlussdiagnostik nimmt Zeit in Anspruch. Die Gestaltung der Diagnostik wirkt bei Dr. Jäger wie ein Gemisch aus Pflichterfüllung und Jagdeifer. Am Ende dieser Diagnostik-Strecke stellt sich bei ihm dann ein Wir-Gefühl mit seinem Patienten ein. Gemeinsam mit ihm hat er den ‚schwierigen Fall‘ gelöst und besiegt. „Und dann ist sicherlich die Diagnose schwierig und dauert 2, 3, 4 Wochen und am Ende sagen wir, vielleicht ist das das oder das.“

Siegen und verlieren

Die Dichotomie ‚siegen‘ und ‚verlieren‘ zeigt sich bei klaren Fällen darin, dass der Kopfschmerz identifiziert, klassifiziert und von Dr. Jäger ‚überführt‘ wird in eine Diagnose. Bei unklaren, schwierigen Fällen kann er den Kampf mit dem Symptom Kopfschmerz verlieren. Die Ursache bleibt unter Umständen unklar. Dr. Jäger erlangt seine diagnostische Definitionsmacht nicht; und der Patient bleibt Experte seines Symptoms (vor allen Dingen bei Migräne).

In einer alternativen Lesart gewinnt man bei Dr. Jäger den Eindruck, er steht gläubig-ratlos vor dem geheimnisvollen Phänomen Kopfschmerzen und empfindet auch die damit verbundene Paradoxie, dass Kopfschmerz gleichzeitig harmlos und gefährlich ist. „Weil der Kopfschmerz bedeutet Harmlosigkeit bis es nicht mehr geht, bis zu schwerwiegenden Erkrankungen“. Dr. Jäger steht im Spannungsfeld, möglicherweise alles oder nichts tun zu müssen. Ein Ende oder eine Begrenzung ist nicht in Sicht. „Der Kopfschmerz, der geht durch die ganze Medizin.“ Dieses mutet geradezu pantheistisch an und deutet auf eine Lösungsstrategie von Dr. Jäger hin, die sich des Glaubens an eine höhere Macht bedient. Nach dieser Lesart bekäme Dr. Jäger den Namen Dr. Santos*.

Dr. Ritter* (ID 51)

Der zum Zeitpunkt des Interviews 50-jährige Dr. Ritter führt seit 24 Jahren eine eigene Praxis als niedergelassener Hausarzt in einer westdeutschen Großstadt. Das von einer 33-jährigen Ärztin in der Praxis des Befragten durchgeführte Interview hat eine Dauer von ca. 12 Minuten.

Dr. Ritter wirkt aus dem Interviewmaterial heraus als erfahrener Arzt, dessen langjährige Berufserfahrung eine differenzierte Sicht auf das Symptom Kopfschmerz ermöglicht. Dabei springt er zwischen simplifizierenden und paradoxen Begriffen hin und her, die bereits eine Umgangsstrategie signalisieren.

Allgemeine Angst

Dr. Ritter fühlt sich von Kopfschmerz-Patienten in seinem ärztlichen Ehrgeiz herausgefordert und weiß um die komplizierte Dimension dieser Art von Symptom. „Kopfschmerzpatienten sind unheimlich/eh/variantenreich in ihren Symptomen“. Zwei Reaktionsmuster und dazugehörige Bewältigungsstrategien sind bei Dr. Ritter bezüglich der starken Herausforderung Kopfschmerzen zu erkennen:

- Angst („Im Allgemeinen macht Kopfschmerz Angst“): Hier postuliert Dr. Ritter eine kollektive Angst gegenüber dem Kopfschmerz, reiht sich in diese Gruppe ein bzw. stellt sich in den Schutz dieser fiktiven Gruppe, so als wollte er sich persönlich dadurch entlasten. Die Identifikation erfolgt nicht nur mit der eigenen (Berufs-)gruppe, sondern auch mit dem Ge-

genüber, dem Patienten. Auch mit ihm geht er – wie bei einer Schicksalsgemeinschaft oder sogar ‚folie à deux‘ – eine Art Bündnis ein, wenn es um seine eigene Entlastung geht.

- Der Versuch, das Problem zu parzellieren, also in Einzelfälle zu teilen: („Alles Einzelfälle, ja“) Dadurch vermeidet er allgemein gültige Charakterisierungen und das Sich-messen-müssen an Standards. Er nimmt in Anspruch, dass die Symptomatik im Einzelnen ungewöhnlich und schwer zu diagnostizieren oder zu therapieren ist und seine Leistung – wenn es denn doch funktioniert – umso exklusiver ist.

Differenzierter Umgang

Exklusiv nimmt Dr. Ritter auch für sich in Anspruch herauszufinden, wer wirklich Kopfschmerzen hat. („Wer Kopfschmerzen hat? Ist 'ne Erfahrungssache.“) Hier deutet sich eine Tendenz zur Differenzierung verschiedener Patientengruppen mit Kopfschmerz an, die Dr. Ritter an anderer Stelle fortsetzt: „Hypertoniker“, „Hysteriker“, „speziell Frauen“, so teilt er die Patienten in Gruppen ein. „Dann natürlich die Hypertoniker mit ihrem Kopfschmerz, die sind 'ne dankbare Gruppe. Wenn sie denen den Blutdruck einstellen, ist der Kopfschmerz weg, ne?“ Dr. Ritter empfindet die „Hypertoniker“ in zweierlei Hinsicht als „dankbar“, zum einen, weil bei ihnen ein einfach zu erlangender therapeutischer Erfolg möglich ist, und zum anderen, weil sie eine Gruppe von geheilten dankbaren Patienten ausmachen können. Dr. Ritter kann hier schnelle Erfolge tätigen und handelt auf sicherem Terrain. Dieser Kopfschmerz ist beherrschbar und einfach ‚abzuschalten‘.

Der unter dem Thema „Hysteriker“ abgehandelte Kopfschmerz und die dazu gehörigen Patienten sind schon schwerer zu beherrschen und auch nicht recht zu verstehen. „Dann gibt's Hysteriker, die es immer aus dem Nacken heraus haben. Ja, und /eh/, die natürlich dann zu /eh/ eh/ variantenreichen /eh/ und unkonstanten Schilderungen dann /eh/ neigen. Da gibt's also Leute, die haben also von der Ferse bis zum rechten Ohr Schmerzen, die Sie in keinem Lehrbuch finden. Gibt's auch ne?“. Dr. Ritter kann bei diesen Patienten keine Logik und Konstanz erkennen und beschreibt das mit dem absurd klingenden Bild von Schmerzen, „von der Ferse bis zum rechten Ohr“. Dr. Ritter bezieht sich auf das Lehrbuch wie auf einen Schiedsrichter, der entscheidet, was richtig und falsch ist. Damit begibt er sich wieder – ähnlich wie bei der Schilderung der ‚allgemeinen Angst‘ – in den Schutz des Kollektivs seiner Berufsgruppe, die – wie er – durch die gleichen Lehrbücher geprägt worden ist. Dr. Ritter merkt, dass er diese Patientengruppe, die „Hysteriker“, nicht verstehen und managen kann und verleiht ihr die Attribute „variantenreich“ und „unkonstant“. Irgendwie ahnt er, dass das, was sich seiner diagnostischen und therapeutischen ‚Macht‘ entgegenstellt, etwas mit der Psyche der Patienten zu tun hat („Spannungskopfschmerz hat was mit, eher mit, mit innerer seelischer Spannung zu tun. Daher der Kopfschmerz“) und rettet sich so in eine simpel anmutende Erklärung der unbegreiflichen Kopfschmerzen.

Frauen und Migräne

Dr. Ritter handelt Frauen und Migräne in einem Atemzug ab und verknüpft beides miteinander. „Und dann eben, Migränapatienten, meistens Frauen, wo auch so die ganze Familie meistens Migräne hat.“ Stauend steht er vor dem Phänomen und sieht das Mit-Leiden der Familie. Die Erwähnung der Familie kann auch

seine Erfahrung anzeigen, dass Migräne oft familienweise auftritt (ob nun durch Vererbung oder durch Erlernen). „Wer seine Migräne kennt, der weiß es, der weiß es und der leidet still und erzählt auch nur das knapp und /eh/ nachvollziehbar.“ Dr. Ritter steht nicht nur staunend, sondern fast bewundernd vor dieser Patientengruppe, wohlwissend, dass seine ärztliche Kunst hier nur selten gebraucht wird – z. B. bei der Verordnung eines Medikaments. („Eine Studentin auch, die relativ häufig dann /eh/ Sumatriptan bekommt, /eh/ natürlich kostenspielig. Aber es hilft, ne“) und seine Macht hier endet. „Und dann gibt's so /eh/ speziell Frauen ... dann hört's ganz auf. Dann ist's schwierig. Das kann man kaum machen.“

Kopfschmerz ist für Dr. Ritter also eigentlich eine einfache Sache, die er systematisch angeht und dann auch Erfolg hat. Unheimlich sind ihm die Kopfschmerzen, bei denen seine ärztlichen Möglichkeiten beschränkt sind. Das löst bei ihm aber keine Selbstzweifel und Suche nach Auswegen aus. Er hält sich lieber an die „dankbaren“ Patienten, bei denen er mit einfachen Mitteln gute Effekte erzielt und die wissen, was sie an ihm haben.

Erfahrungssache

In einer alternativen Lesart steht Dr. Ritter als ein sachlicher Macher dem Kopfschmerz gegenüber („Papi macht's schon“). Kopfschmerz ist eigentlich eine einfache („dankbare“) Sache, mit der man sich nur richtig auskennen muss und seine Erfolge dann sogar mit understatement präsentieren kann („Ist 'ne Erfahrungssache, und dann kann man ja ein bisschen dann helfen.“). Dr. Ritter sieht einfachste Ursachen-Wirkungs-Zusammenhänge und nähert sich damit Laienkonzepten an: „Wenn Sie denen den Blutdruck einstellen, ist der Kopfschmerz weg, ne.“ „Dann gibt's Hysteriker, die es immer aus dem Nacken heraus haben.“ „Aber Spannungskopfschmerz hat was mit eher mit, mit innerer seelischen Spannung zu tun. Daher der Kopfschmerz.“ Mit diesem Vorgehen sammelt Dr. Ritter „dankbare“ Patienten um sich. Schwierig wird es nur mit denen, die sich diesem Vorgehen entgegenstellen: den komplizierten „Hysterikern“ und „Frauen“. Man könnte das Bild des Machers so zu Ende führen: „Papi macht's schon – und wo Papi es nicht machen kann, hat Mami intrigiert“. Nach dieser Lesart bekäme Dr. Ritter den Namen Dr. Bohlen*.

Dr. Stratmann* (ID 23)

Der zum Zeitpunkt des Interviews 55 Jahre alte männliche Arzt ist seit über 20 Jahren als Hausarzt in einem Vorort einer westdeutschen Großstadt niedergelassen. Das Interview wurde von einer 33-jährigen Ärztin durchgeführt. Es dauerte ca. 13 Minuten.

Dr. Stratmann wirkt wie ein väterlich-fürsorgender Arzt, der sich hellseherisch-magischer Fähigkeiten und Rituale bedient, um mit den Problemen seiner Patienten (über die er wie von Familienmitgliedern spricht) umgehen zu können. Seine Bekenntnisse werden in verschwörerisch-vertraulicher Art vorgetragen und wirken stellenweise wie eine Beichte.

Spiel und Andacht

Dr. Stratmann klagt zunächst über seine Machtlosigkeit dem Kopfschmerz gegenüber. Patienten mit Kopfschmerzen empfindet er als „sehr mitteilhaft“ und kann sie „kaum aus dem Sprechzimmer wieder raus“ bekommen. Er selbst charakterisiert die

Patienten als „auffällig“ und „anstrengend“. Dr. Stratmann gibt zu, dass er diese Patienten eigentlich nur wohllosiert in Einzelportionen aushalten kann. „Wenn ich dann weiß, jetzt kommen also 3 Patienten oder Patientinnen nacheinander, muss ich erst mal ‚ne kleine Pause‘ einlegen, um mich darauf einzustimmen.“

Dr. Stratmann nimmt die Patienten sehr ernst mit ihrer Symptomatik und möchte sie nicht abschieben, sondern ihnen zur Verfügung stehen. Er zelebriert diese Konsultationen fast rituell und sagt selbst: „ist wie ‚ne Andachtsübung“. Manchmal kommt ihm der Umgang mit Kopfschmerzpatienten wie ein Spiel vor, das er mitmacht, wohlwissend, dass er damit das rein medizinisch-ärztliche Terrain verlässt, also ‚gute Miene‘ zum ‚bösen Spiel‘ macht. So gibt er einer depressiven Patientin regelmäßig analgetische Spritzen gegen „Spannungskopfschmerz“ in einer Frequenz, die die Patientin selbst steuert. „Die kommt manchmal 3mal die Woche, manchmal nur alle 3 Monate, ganz unterschiedlich, die weiß, die helfen ihr, die schwört dadrauf, und ich akzeptier das und mach das Spielchen mit. Was hilft heiligt den Zweck.“ Dieser letzte – syntaktisch absurde und damit paradox klingende – Satz weist darauf hin, dass Dr. Stratmann sich in dem Bereich von Ritualen, Andachtsübungen, Tabus, Geheimnis, Verschwörung befindet und sich schon fast darin verstrickt hat. Manchmal spricht er wie aus einer klösterlichen Abgeschlossenheit („Ich bin jetzt über 20 Jahre hier drin“) und meint eigentlich nur seine Praxis.

Verantwortung

Dr. Stratmann hat eine fast väterlich-trainerische Verantwortung für seine Kopfschmerz-Patienten übernommen. „Ich seh denen ja oft an, ob sie was bedrückt.“ „Ansonsten greifen sie auf ihre Medikamente zurück. Sollen sie auch, wenn sie damit keinen groben Unsinn betreiben.“ Er nimmt für sich in Anspruch, eine geradezu hellseherische Sicherheit in der Diagnostik von Kopfschmerzen zu besitzen. „Also eine gewisse Sicherheit hat man ja oft im Hinterkopf.“

Ausnahme: Migräne

Dr. Stratmann unterscheidet verschiedene Typen von Kopfschmerzpatienten: die mit einer psychosomatischen Symptomatik, die „Migräniker“, die Depressiven mit Kopfschmerzen. Für alle – bis auf die Migränepatienten – übernimmt er die Verantwortung und ist eigentlich ganz zufrieden, dass seine Therapie den Patienten am besten gefällt und die von Spezialisten angebotene Therapie von ihnen abgelehnt wird. „Und die von dort (Kopfschmerzambulanz, S.B.) verbreiteten Behandlungsvorschläge werden nach kürzester Zeit von den allermeisten Patienten abgelehnt: Antidepressiva, und, und.“ Nur die Migräne-Patienten führen bei ihm ein Außenseiterdasein. „Die würd ich jetzt mal als eigenständige Gruppe einsortieren.“ Der Grund ist für Dr. Stratmann klar: Sie sind bereits therapeutisch versorgt und haben ihr Schicksal selbst in die Hand genommen. „Und die wissen auch inzwischen alle, wie sie damit umgehen müssen.“ Hier kann Dr. Stratmann mit seiner väterlich-magischen Art nichts verrichten. Mit diesen Patienten kann er keine „Spielchen“ machen, nicht pokern und nicht zaubern und keine „Andachtsübungen“ zelebrieren.

Kopfschmerz ist für Dr. Stratmann ein geheimnisvolles allmächtiges Phänomen, etwas heilig Anmutendes, eine höhere Macht,

der gegenüber er sich unterwerfen muss und der er mit Andachtsübungen, Ritualen und Konklave dient oder versucht Herr zu werden, wenn die Patienten ‚mitspielen‘.

Diskussion

In den hier vorgestellten Fallrekonstruktionen der Interviews mit Hausärzten zur Symptomatik Kopfschmerz und dem Umgang mit Kopfschmerz-Patienten präsentieren ‚Dr. Jäger‘, ‚Dr. Ritter‘ und ‚Dr. Stratmann‘ übereinstimmend das Unfassbare und Schwierige des Kopfschmerzes. Die Strategie, damit umzugehen, ist bei allen unterschiedlich. Der eine (‚Dr. Jäger‘) macht eine einfache Einteilung in klare und schwierige Fälle, bei denen er unterschiedliche diagnostische Wege (nämlich Positivdiagnostik oder Ausschlussdiagnostik) verfolgt. Der andere (‚Dr. Ritter‘) teilt die Kopfschmerz-Patienten entweder in Einzelfälle ein (und versucht sie dadurch besser zu beherrschen), oder er bildet Gruppen, denen er zum Teil negativ besetzte Attribute zuweist. Jene sind also entweder besonders einfach oder besonders schwer zu beherrschen. Bei ‚Dr. Stratmann‘ ruft die Konfrontation mit Kopfschmerz gar ein an rituelles Handeln erinnerndes ‚Spiel‘ hervor, das er wie in der Abgeschlossenheit eines Klosters ‚mitmacht‘. Auffällige Gemeinsamkeit der drei Fälle ist, dass alle drei Ärzte Migräne und die dazugehörigen Patienten gesondert betrachten und ‚behandeln‘, wenn nicht sogar aus ihrer Zuständigkeit ausgrenzen – so, als handelten sie nach einem ungeschriebenen latenten kollektiven Muster. Verallgemeinernde Aussagen zu Umgang und Konzepten von Hausärzten angesichts von Kopfschmerzen sind aber schon deshalb eingeschränkt, weil hier nur männliche Ärzte einbezogen sind, die Kontrastierung mit weiblichen Ärzten also fehlt.

Auch wenn die Ärzte nicht von dem Kopfschmerz, sondern von zahlreichen Arten sprechen (müssen), lassen sich Unterschiede im Umgang nicht unbedingt fachlich-medizinisch begründen. Hier lässt sich erkennen, dass unterschiedliche persönliche Erfahrungen und Muster, also Krankheitskonzepte, ihren Teil zu dem unterschiedlichen Vorgehen beitragen, und dass Ärzte keine Ausnahme bilden, wenn es darum geht, die Brille alltagstheoretischer Annahmen und (Vor-)urteile aufzusetzen (z. B. wenn es um Zuordnung geschlechtstypischer Merkmale im Gesundheitsverhalten geht). Die Art, in der die Ärzte beschreiben, wie sie sich dem Kopfschmerz – auch gefühlsmäßig – nähern, lässt Rückschlüsse auf ihre Krankheitskonzepte – einschließlich familiärer oder kultureller Traditionen – und ihr eigenes Erleben zu. Welche Anteile aber diese emotionalen Aspekte jeweils haben, kann erst durch weitere Forschung herausgefunden werden.

Wie ‚passen‘ Ärzte und Patienten zusammen?

Wir können annehmen, dass sich das alles als behandlungsbestimmend erweist und möchten zum Schluss einen gedanklichen Ausblick dazu geben:

„Jeder Arzt hat die Patienten, die zu ihm passen und jeder Patient den Arzt, der zu ihm passt“. So lautet eine verbreitete These. Diese ‚Passung‘ genauer zu definieren, fällt schwer. Ein Nutzen der Rekonstruktion von hausärztlichen Krankheitskonzepten könnte darin liegen, sich dieser Definition zu nähern und sogar eine Bewertung dieser ‚Passung‘ vorzunehmen. Spontan würde man die ‚Passung‘ gewiss positiv bewerten. Sie kann aber in zwei Rich-

tungen gehen, von denen eine aus rationaler Erwägung heraus auch negativ gesehen werden kann: Trifft der oben definierte Arzt-Typ ‚Dr. Jäger‘ mit seinem spezifischen (krankheitskonzeptgeprägten) Vorgehen auf den zu ihm ‚passenden‘ – ebenfalls der Diagnose hinterherjagenden – Patienten X, dann verläuft die Arzt-Patienten-Beziehung ‚harmonisch‘ (reibungslos) ab. In diesem Fall können sich Arzt und Patient ‚harmonisch‘ und einträchtig – weil von ähnlichen Konzepten geprägt – für z. B. teure (aber überflüssige) Untersuchungen bei Kopfschmerzen entscheiden. Trifft der Arzt-Typ ‚Dr. Jäger‘ aber auf den Patienten Y, der seine Konzepte und sein Vorgehen nicht teilt und ihm misstrauisch gegenübersteht, sind Reibungen zu erwarten („Disharmonie“). In diesem Fall kann der für ‚Dr. Jäger‘ spürbare Rechtfertigungsdruck dem misstrauischen Patienten gegenüber oder aber sein ungebrochener diagnostischer ‚Jagdeifer‘ dazu führen, dass er – nun aber ‚disharmonisch‘ – ebenfalls teure (aber überflüssige) Untersuchungen bei Patient Y's Kopfschmerzen durchsetzt. Nur wenn Patient Y mit ‚Dr. Jäger‘ in einen offenen Diskurs über sein anderes Konzept tritt, kann er das möglicherweise verhindern. Vordergründig ‚passt‘ er dann nicht mehr zu ‚Dr. Jäger‘ – wengleich das Ergebnis, nämlich die Unterlassung einer überflüssigen Untersuchung, für ihn günstig ist.

‚Passt‘ Patient X oder Patient Y letztendlich nun ‚besser‘ zu ‚Dr. Jäger‘?

Es wird deutlich, dass es sich hier um eine Art Grundlagenforschung über die hausärztliche Tätigkeit als solche handelt. In diesem Stadium der Forschungstätigkeit können zu den Auswirkungen auf die konkrete Arzt-Patienten-Beziehung und auf alltägliche Handlungen von Hausärzten zwar Reflexionen und Ideen geäußert werden, aber noch keine Resultate vorgelegt werden.

Zur Person



Dr. med. Silke Brockmann, Jahrgang 1953. Fachärztin für Allgemeinmedizin. 1989–2002 eigene Praxis in Dortmund; 1995–2004 allgemeinmedizinische Lehre an der Universität Witten/Herdecke; seit 1999 Koordinatorin des DEGAM-Leitlinien-Projekts und wissenschaftliche Mitarbeiterin/Lehrtätigkeit an der Abt. f. Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf. Interessenschwerpunkt: Hausärztliches Handeln und Wechselspiel von ‚Hand, Herz und Hirn‘.

Phytotherapie

Hildebert Wagner, Markus Wiesenauer

2., gänzlich überarbeitete Auflage 2003, 463 Seiten, 89,- €. ISBN 3-8047-1815-9

Über die vielfältigen Bücher und Lehrbücher zur pflanzlichen Arzneimittelanwendung in der ärztlichen Praxis ragt die vorgelegte Neuauflage heraus. Schnörkellos vermittelt das von den zwei sehr unterschiedlichen, sehr profilierten Herausgebern überarbeitete Buch zunächst die Elemente, die uns Ärzten Transparenz in der Anwendung von Phytotherapeutika vermitteln sollen: die Sicherheits- und Qualitätsfaktoren in der Herstellung, die Pharmakologie der wichtigsten Wirkstoffe und die Indikationsgebiete. In Kürze folgen die nicht unkomplizierten gesetzlichen Bestimmungen – allerdings nicht mehr die neuesten Einschränkungen des GMG 2003.

Der spezielle Teil entfaltet Behandlungsprinzipien und Anwendungsgebiete, wobei die Krankheitsbeschwerden in harmonischer Weise mit den pflanzlichen Therapieprinzipien zusammengebracht werden. Auf botanische Einzelheiten und Pflanzendarstellungen wird verzichtet, ohne dass man dies vermisst – es hätte das Buch noch teurer und zu umfangreich gemacht. Hingegen legen die Autoren/Herausgeber Wert auf die Erläuterung wichtiger pharmakologischer Details und kommen so unserem Plausibilitätsbedürfnis nach. Hier sollte man als Leser auch nicht vor der Darstellung chemischer Formeln zurückschrecken – H. Wagner leitete als Ordinarius lange Zeit ein großes Universitätsinstitut für Biologische Pharmazie.

Die in den letzten Jahren gefundene Evidenz wird referiert und trägt dazu bei, unser Tun und dessen Nutzenaspekte rational zu belegen – als Sahnehäubchen kommen viele dieser wissenschaftlichen Ergebnisse zur grafischen Darstellung. Die detaillierte klinische Anwendung nennt z.T. Handelsnamen und die Dosierungsempfehlungen dieser Präparate, was das Buch auch im Praxisalltag nützlich macht. Eine gut dimensionierte Bibliografie rundet die jeweiligen Kapitel ab; ein umfangreiches Stichwortverzeichnis schließt das Buch.

Etwas erstaunlich erscheint mir die Angliederung der „... pflanzlichen Homöopathika“, wie der Untertitel aussagt. Zur Begründung meint das Vorwort, dass viele (ärztliche) Anwender Phytotherapie und niedrig potenzierte Homöopathika nebeneinander verwenden. Außerdem gäbe es inzwischen eine Vielzahl wissenschaftlicher Wirkungsbelege für die Homöopathie. In der Einführung zur Homöopathie, in der Art der Belege und in den Anfügungen der Homöopathika an die jeweiligen Krankheitskapitel bleibt die Kluft zwischen rationaler Phytotherapie und H. jedoch bestehen. Sie nimmt sogar noch zu, wenn H. metallischen, mineralischen oder tierischen Ursprungs empfohlen werden, dann auch in höheren Potenzen. Die Leser erhalten dies allerdings als Zugabe ohne Einbuße für das Hauptthema von einem der erfahrensten Anwender und Lehrer der H., H. Wiesenauer.

Schade, dass die gelungene Neufassung erst jetzt erscheint, wo doch die Bedeutung beider Therapierichtungen in der ärztlichen Praxis durch starke Verordnungseinschränkungen sicherlich zurückgehen wird!