

Die Bedeutung von Reflexivität und Positionierung im Prozess qualitativer Forschung in der Allgemeinmedizin

V. Kalitzkus

Reflexivity and Positioning in the Qualitative Research Process in General Practice

Zusammenfassung

Qualitative Forschungen werden aufgrund ihrer subjektiven Faktoren kritisiert und die Übertragbarkeit und Validität ihrer Ergebnisse angezweifelt. Nicht nur qualitativen, sondern auch quantitativen Studien sind subjektive Verzerrungsfaktoren inhärent, wie u. a. in der Wissenschaftskritik nachgewiesen wird. Diesen Aspekten gilt es durch ein methodisches Vorgehen Rechnung zu tragen, um zu validen Ergebnissen zu kommen. Als zentrale Aspekte sind hier die Reflexivität und Positionierung im Prozess qualitativer Forschung zu nennen. Diese gilt es während des gesamten Forschungsverlaufs, also von der Planungsphase bis zur Auswertung, bezüglich folgender Punkte zu reflektieren: 1. Theoretisches Vorverständnis, 2. Biografische Positionierung des/der Forschenden, 3. Interaktion im Forschungskontext (Beziehung zwischen Forschenden und Informanten, Interviewführung), 4. Subjektives Befinden und emotionale Ebene des/der Forschenden, 5. Dokumentation des Analyseprozesses. Durch Bewusstmachung und Offenlegung dieser Aspekte kann einer Verzerrung der Daten entgegengewirkt werden und der qualitative Forschungsprozess zur Validierung von außen transparent gemacht werden. Darüber hinaus eröffnet dieses Vorgehen den Forschenden Erkenntnisse über sich selbst.

Schlüsselwörter

Qualitative Forschung · Subjektivität · Reflexivität · Supervision · Forschungsteam · Allgemeinmedizin

Abstract

Qualitative studies are criticized because of their subjective factors, also the transferability and validity of its findings are questioned. But not only in qualitative, also in quantitative research subjective factors that might distort the findings are inherent, as science studies acknowledge. These aspects have to be considered in order to obtain valid research results. Central for evaluation of subjectivity in the qualitative research process are aspects of reflexivity and positioning. They have to be considered during the whole course of research – from the initial planning phase to the final analysis. The following points need to be reflected: 1. theoretical background, 2. biographical position of the researcher, 3. interaction in the research context (relationship between researcher and informant, conduct of the interview), 4. subjective condition and emotions of the researcher, 5. documentation of the research process. Bringing these aspects to a conscious level and making them accessible to others will help to avoid a distortion of the data and makes the qualitative research process transparent for external validation. Furthermore, it allows the researcher to gain insights into him/herself.

Key words

Qualitative research · subjectivity · reflexivity · supervision · research team for analysis · general practice

Institutsangaben

Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation e.V. (GeMeKo), Göttingen

Korrespondenzadresse

Dr. disc. pol. Vera Kalitzkus · Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation e.V. (GeMeKo) · Beethovenstr. 13 · 37085 Göttingen · E-mail: vkalitz@gwdg.de · www.gemeko.de

Bibliografie

Z Allg Med 2005; 81: 243–247 · © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2005-836618
ISSN 0014-336251

„Eine authentische Verhaltenswissenschaft wird es dann geben, wenn ihre Vertreter erkannt haben, dass eine realistische Wissenschaft vom Menschen nur von Menschen geschaffen werden kann, die sich ihres Menschseins bewusst sind, was vor allem bedeuten muss, dass dieses Bewusstsein in ihre wissenschaftliche Arbeit eingeht“ [1].

Das Gespräch zwischen Patient und Hausarzt ist ein wesentlicher Bestandteil allgemeinmedizinischen Handelns, und in seinen diversen Ausformungen als Interview ist das Gespräch auch in der qualitativen Forschung zentral. Qualitative Forschung kommt in ihrem verstehenden und deutenden Ansatz dem professionellen Handeln in der Allgemeinmedizin, welches sich insbesondere durch individuelles Fallverstehen (hermeneutisches Fallverständnis) auszeichnet, deutlich näher als dies quantitative Ansätze tun. Dennoch hat qualitative Forschung in der Allgemeinmedizin noch wenig Tradition und stellt – trotz der Strukturanalogie zum ärztlichen Handeln – viele Mediziner vor besondere Herausforderungen.

In der medizinischen Forschung werden qualitative Ansätze laut Kirsti Malterud aufgrund ihrer subjektiven Natur und der Frage nach Validität (Gültigkeit) und Übertragbarkeit der Daten skeptisch aufgenommen [2]. Qualitative Studien zeichnen sich ihrer Ansicht nach jedoch dadurch aus, dass sie sich als systematischer und reflexiver Prozess zur Entwicklung von Wissen verstehen, welcher hinterfragt und mitgeteilt werden kann. Die Übertragbarkeit über das konkrete Forschungsumfeld hinaus ist ihr ausdrückliches Ziel. Malterud betont, dass Reflexivität im qualitativen Forschungsprozess ein wichtiger Aspekt ist, um valide Ergebnisse zu erzielen. Die Reflexivität hängt eng mit der Positionierung der Forschenden im Forschungskontext zusammen und soll im Folgenden genauer untersucht werden. Beide Aspekte gilt es während des gesamten Forschungsverlaufs, also von der Planungsphase bis zur Auswertung, zu bedenken.

Wissenschaftstheorie

Eine Medizin, die sich als Naturwissenschaft versteht, geht davon aus, dass ihr Wissen „bewiesen“, „zeitlos“ (vom Fortschritt wissenschaftlicher Erkenntnisse abgesehen) und „objektiv“, also frei von subjektiven Anteilen, ist. Medizinhistorische und wissenschaftstheoretische Arbeiten zeigen jedoch auf, dass auch die Erkenntnisse der so genannten „harten“ Wissenschaften, die sich primär quantitativer Verfahren bedienen, von sozio-kulturellen Faktoren geprägt sind [3–5]. Die Perspektive des/der Beobachtenden unterliegt also immer Einschränkungen und Vorprägungen, gleich welcher wissenschaftlicher Methoden er oder sie sich auch bedient. Bei qualitativen Studien gibt diese subjektive Ebene jedoch immer wieder Anlass zu harscher Kritik und Zweifeln an der Wissenschaftlichkeit dieses Ansatzes. Vielmehr ist es jedoch so, dass aus genau diesen Gründen im Gegensatz zur quantitativen Forschung bei qualitativen Ansätzen subjektive Aspekte bewusst reflektiert werden, weil sie den Forschungsverlauf wie auch die Interpretation der Daten beeinflussen können.

Reflexion und Positionierung im Forschungsprozess

Die folgenden Ausführungen versuchen die subjektive Ebene anzuerkennen und offen zu legen, um eine Transparenz des Forschungsprozesses zu ermöglichen. Dabei gilt es folgende Bereiche zu unterscheiden:

- theoretisches Vorverständnis – die theoretische „Brille“;
- zur Person des/der Forschenden (biografische Positionierung);
- Interaktion im Forschungskontext (Beziehung zwischen Forschenden und Informanten, Interviewführung);
- subjektives Befinden/emotionale Ebene des/der Forschenden;
- Dokumentation des Analyseprozesses.

Die theoretische Brille

Eine Forschung wird zumeist mit bestimmten Vorannahmen begonnen, die sowohl die Auswahl der Untersuchungseinheit als auch die Fragestellung beeinflussen – etwa, ob der/die Forschende eher eine biologisch-deterministische Auffassung vertritt oder vom bio-psycho-sozialen Modell überzeugt ist. Darüber hinaus spielen die bisherige persönliche und professionelle Erfahrung der Forschenden eine Rolle [2].

Beispiel: Es macht einen großen Unterschied, ob Allgemeinärzte ihr Praxishandeln selbst beforschen oder ob sie von Fachfremden beforscht werden. Dies wird an verschiedenen aktuellen quantitativen wie qualitativen Projekten aus der Versorgungsforschung deutlich.

Die biografische Positionierung

Bereits in der Art der Daten und Informationen, die erhoben werden, zeigt sich ihre Abhängigkeit von der Person der Forschenden. Was einer Forscherin oder einem Interviewer berichtet wird und wie es anschließend interpretiert wird, ist auf das Engste verknüpft mit deren Person, Geschlecht, Alter und gesellschaftlicher Stellung. Patienten wie auch Hausärzte erzählen anders, je nachdem ob sie von einer jungen Medizinstudentin oder einem älteren Kollegen interviewt werden. Aber auch bisher gemachte Lebenserfahrungen können bestimmte Arten von Einsicht beim Forscher ermöglichen oder verhindern. Der Ethnologe Renato Rosaldo führte hierfür den Begriff der Positionierung des Subjektes ein: „Der Begriff der Position bezieht sich ganz einfach auf einen strukturalen Ort, von dem aus sich ein bestimmter Blickwinkel eröffnet“ [6]. Diesen gilt es zum einen für sich selbst als Forscherin zu reflektieren, wie auch in der Publikation der Ergebnisse anzugeben.

Interaktion im Forschungskontext

Diese Positionierung beinhaltet auch die relative Positionierung zwischen dem/der Forschenden und ihren Gesprächspartnern (Alter, Geschlecht, formaler Bildungsgrad, gesellschaftliche Stellung). Ferner ist beim Einsatz von Interviewenden/Forschenden zu überlegen, ob Geschlecht und Alter unter Umständen die Ergebnisse beeinflussen könnten (z.B. naheliegenderweise bei Themen, die Sexualität betreffen), oder ob die Interaktion zwischen Forschenden und Informanten dadurch beeinflusst wird, dass der/die Interviewende aus dem medizinischen Kontext kommt (oder gerade nicht – wie z.B. bei Fachinterviews mit Ärzten).

Beispiel: Im Rahmen eines Forschungsprojektes zum Umgang mit Organtransplantation aus Sicht direkt Betroffener war es von Vorteil, dass ich als Sozialwissenschaftlerin keine Repräsentantin der medizinischen Seite war. Dies eröffnete den Betroffenen Raum, auch Dinge anzusprechen, die im gesellschaftlich-dominanten wie medizinischen Diskurs nicht oder nur schwer hätten thematisiert werden können – z. B. einer möglicherweise erneut notwendigen Transplantation ambivalent gegenüber zu stehen, sich durch die Medikamenteneinnahme belastet zu fühlen oder sich ausgiebig Gedanken über die Identität des Organspenders zu machen. Aufseiten der Hinterbliebenen von postmortalen Organspendern war es denjenigen, die aufgrund ihrer Erfahrung retrospektiv der Organspende negativ gegenüber standen, zum Teil überhaupt nur möglich, über ihr Erleben zu sprechen, da ich nicht mit dem medizinischen Kontext verbunden war [7, 8].

Die innerhalb einer Erhebung geführten Gespräche spiegeln zugleich einen bestimmten Diskurs und eine sehr individuelle Begegnung wider, die immer auch eine soziale Beziehung darstellen. Dies verweist einmal mehr auf die subjektive Ebene in der qualitativen Forschung.

Diese Aspekte sind bei der Interviewführung zu beachten. Vor, während und nach einem Interview können durch Reflexion der eigenen Einstellung, Gedanken und Gefühle die subjektiven Anteile, die das Gespräch und/oder die Analyse beeinflussen, bewusst gemacht werden. Nach einem Interview ist es hilfreich, eine Informationsdatei („Memo“) mit Hinweisen zur Person, Interviewsituation und den eigenen Reaktionen darauf zu erstellen. Durch Reflexion dieser Anteile in Supervision und/oder dem Forschungsteam können fehlerhafte Informationsverarbeitung und Vermengung von subjektiver Bewertung und Beschreibung zu einem gewissen Grad kontrolliert, wenngleich natürlich nicht gänzlich ausgeschaltet werden [9]. Durch erneutes Hören der Tonbandmitschnitte zu einem späteren Zeitpunkt kann man sich die Interviewsituation und -stimmung erneut vergegenwärtigen, um diese Aspekte in die Analyse mit einzubeziehen. Um die implizite Ebene in der Analyse zu berücksichtigen, ist auf folgende Bereiche zu achten.

- Motivation für das Gespräch seitens der Informanten: Es zeigt sich, dass fast jedes Gespräch unter einem bestimmten ‚Motto‘ steht (die subjektive Motivation für das Gespräch), welches indirekt auch den Inhalt dessen, was mitgeteilt wird, bestimmt
- Setting des Interviews (Ort [Institution, zu Hause etc.], Anwesende, äußere Faktoren)
- Rollenzuweisung in der Gesprächssituation
- Interaktion in der Gesprächssituation
- Stimmung und Stimmigkeit von Gesprächsinhalt und Darstellung (beispielsweise Lachen bei der Schilderung bedrohlicher oder schmerzhafter Situationen)

Subjektives Befinden und emotionale Ebene des/der Forschenden

Ein Forschungsthema kann im Forschenden gewisse Reaktionen (in Form von Gefühlen, körperlichen Zuständen, Widerständen u.Ä.) auslösen. Diese sind nicht nur als individueller Umgang bei der Konfrontation mit einem entsprechenden Thema, sondern darüber hinaus auch als Hinweis auf den internalisierten gesellschaftlichen Umgang mit den dazugehörigen Ausgrenzungsmechanismen zu verstehen. Die Möglichkeit, eine Grenze zwischen den Anderen (den ‚Unnormalen‘ oder Erkrankten) und der restlichen Gesellschaft (den ‚Normalen‘ und Gesunden) zu ziehen, ist ein Mittel, beängstigende Unordnung aus dem ‚normalen alltäglichen Leben‘ herauszuhalten. Um eine bestimmte Problematik wissenschaftlich zu untersuchen, ist es notwendig, eine Gruppe mit besonderen Merkmalen zu definieren (z. B. Alzheimerpatienten). Durch das Hervorheben der Andersartigkeit wird die Distanz zu Menschen mit diesen gemeinsamen Eigenschaften jedoch erhöht, der eigene Status quo geschützt.

Beispiel: In der Reflexion des Forschungsprozesses zur Transplantationsmedizin musste auch ich den Ausgrenzungsmechanismus bei mir erkennen, beispielsweise bei dem Besuch einer Veranstaltung von Organtransplantierten: „Ich ging auf die Toilette. Eine Frau stand neben mir beim Händewaschen. So jung sei ich und so gut sähe ich aus, ... wann ich denn wohl transplantiert worden sei? Mein Lächeln erstarrte auf meinem Gesicht. Was?! Ich transplantiert? Wie kann sie mich denn so etwas fragen? Das kann doch gar nicht sein, dachte ich schockiert und auch empört. (Tagebuch VK) Erst im Nachhinein wurde mir durch das Entsetzen, das die Frau durch ihre Frage in mir auslöste, deutlich, dass auch ich bereits meine Untersuchungsgruppe als die ‚Anderen‘ konstruiert hatte und wie ich mich dadurch vor der Angst der eigenen Erkrankung, des eigenen Todes zu schützen suchte“ [8].

Das, was in den Forschenden vorgeht, ist als wichtiges Datenmaterial zu erachten. Ihre Reaktionen auf die Thematik können weitere Aufschlüsse über die soziale und emotionale Welt der Betroffenen geben [10]. Wenn wir unsere eigenen unangenehmen Gefühle untersuchen, statt sie abzutun, können wir Einsichten darüber gewinnen, wie andere fühlen und warum [11]. Mögliche Abwehrmechanismen bei besonders belastenden Themen können körperliche Reaktionen sein wie Schläfrigkeit, ein Gefühl des Betäubtseins, Ohnmachten oder eigene Erkrankung [10].

Beispiel: Zur Beurteilung der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz wurde das Verfahren Dementia Care Mapping entwickelt, das auf einem qualitativen Ansatz beruht und Züge der in den Sozialwissenschaften etablierten Methode der teilnehmenden Beobachtung enthält. Dies Verfahren sieht vor, dass ein/e Beobachter/in nach einer bestimmten Struktur die Interaktionen beispielsweise eines Nachmittags auf einer Station untersucht. Neben der Protokollierung objektiver Tatbestände (wer spricht/interagiert mit wem, wo, warum, wie häufig) reflektiert er/sie auch die Gefühle, die die jeweiligen Situationen in ihm/ihr auslösen: „Die Beobachterin, eine Altenpflegerin aus einer anderen Einrichtung, hat sich notiert, wie sie in dieser Zeit mit ihrer Rolle zu kämpfen hatte. Die Affekte und Affektansteckungen zwischen den Personen griffen auf sie über und sie spürte ein deutliches Bedürfnis, die Flucht zu ergreifen [...]. Am Ende der Beobachtungszeit spürt sie eine tiefe, abgründige Erschöpfung, sie ist verschwitzt als nach harter Pflegearbeit und spürt den dringenden Wunsch, sich etwas Gutes zu tun oder sich zurückzuziehen. Bilder von Gefangensein, von ewig sich wiederholenden, quälenden Schleifen, von Verlassenheit, Verlorenheit und Ausgeliefertsein steigen in ihr hoch“ [12].

Ein anderes Beispiel: Während der empirischen Phase zu der oben erwähnten Studie über Organtransplantation machte ich folgende Erfahrung: „Es kostete jedes Mal viel Kraft, mich einer erneuten Begegnung mit Betroffenen zu stellen. Bevor ich zu einem Selbsthilfegruppentreffen oder zu einem Gespräch mit Angehörigen eines „Organspenders“ aufbrach, überfielen mich meist bleierne Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Kopfschmerzen. Wenngleich es mir sonst nicht so geht, kam ich oft auf den letzten Drücker am Bahnhof an, fand die richtige Straße oder Hausnummer nicht (manchmal selbst in kleinen Ortschaften, wo sie mir direkt vor der Nase lagen). Sowohl vor als auch nach einem Gespräch, einem Selbsthilfegruppentreffen oder einem Hospitationstag in der Klinik setzte bei mir der so genannte Käseglockeneffekt ein, ein Gefühl des Betäubt- und Abgeschnittenseins. Noch einen weiteren Aspekt des Vermeidungsverhaltens gegenüber Krankheit und Tod konnte ich bei mir selbst beobachten: die Angst vor Ansteckung im übertragenen Sinne, [...]. Sie zeigte sich bei mir beispielsweise in dem Gefühl, auch für mich und meine Familie Unheilvolles heraufzubeschwören“ [8].

Durch Supervision und/oder Arbeiten in so genannten Interpretationsgemeinschaften oder „Forschungswerkstätten“ [13] können die geschilderten Mechanismen bewusst gemacht werden. Dabei wird sowohl einer Verzerrung der Daten entgegenwirkt als auch – im Falle von schwierigen Themen – den Forschenden persönliche Entlastung ermöglicht. Da die theoretische Brille und die biografische Positionierung – wie oben gezeigt – ebenfalls einen Einfluss haben, ist es hilfreich, wenn in den Forschungsteams Forscher aus verschiedenen Professionen, Lebensaltern und Geschlechtern zusammenkommen. Um das erste Beispiel wieder aufzugreifen: Um hausärztlichen Alltag verstehend und deutend zu erforschen, bedarf es einer engen Zusammenarbeit von erfahrenen Hausärzten und erfahrenen Sozialwissenschaftlern – ein Vorgehen, das sich in dem Kooperationsprojekt der Universitäten Göttingen und Witten-Herdecke zum Thema „Gesundheitsfördernde Praxen – Salutogenetische Orientierung in der Hausarztpraxis“ unter der Leitung von Dr. Ottomar Bahrs (Abt. Medizinische Psychologie, Universität Göttingen) erneut bewährt hat.

Ein Beispiel aus der Forschungspraxis: An zwei Standorten wurden interdisziplinär zusammengesetzte Qualitätszirkel (neben Hausärzten waren auch Patientenvertreter, Ernährungsberaterinnen, Physiotherapeuten und weitere Disziplinen vertreten) gebildet. In den monatlichen Treffen führten wir die Analyse von videodokumentierten Arzt-Patienten-Konsultationen sowie von Patientenbiographien in einem interdisziplinär zusammengesetzten Team durch, um bei der Interpretation auf ein möglichst breites Spektrum biografischer wie fachlicher Positionierungen zurückgreifen zu können [14].

Pointiert (und beliebte gegenseitige Vorurteile aufgreifend) ausgedrückt, gehen dabei Betriebsblindheit und professionsbedingtes Selbstbild der einen und Alltagsferne und Ignoranz der anderen eine produktive Synthese ein.

Dokumentation des Analyseprozesses

Bei der Dokumentation des Analyseprozesses ist zwischen der Dokumentation im Prozess selbst und der Dokumentation bei der Veröffentlichung der Ergebnisse zu unterscheiden. Ersteres

kann zunächst kaum detailliert genug sein. Während des Analyseprozesses ist das Verfassen von ‚Memos‘ sinnvoll: Sie können Stimmungsbilder, argumentative Seitenstränge oder über den momentanen Analyseprozess hinausgehende Assoziationen beinhalten, die später Auskünfte geben über den Verlauf der Analyse und die Herausbildung von Hauptargumentationssträngen. Falls die Analyse in einer Gruppe von Forscherinnen und Forschern gemeinsam erarbeitet wird, bietet es sich an, die Sitzungen zu protokollieren (Teilnehmende, Ort und Zeit, Dauer, Gruppenatmosphäre und -dynamik, Vorgehensweise, Entscheidungsprozess für die aufgestellten Hypothesen u. Ä.). Für die Veröffentlichung einer qualitativen Studie sollte die goldene Regel „So viel wie nötig, so wenig wie möglich“ gelten. Abhängig vom jeweiligen Thema einer Studie und dem Publikationsorgan werden unterschiedliche Informationen über den Analyseprozess notwendig sein, um den Prozess für Außenstehende nachvollziehbar zu machen.

Fazit

Ein Gütekriterium, an dem sich qualitative Studien messen lassen sollten, ist der reflektierte Umgang mit den subjektiven Faktoren im Forschungsprozess. Es wird nicht immer leicht sein, eine angemessene Form der Darstellung und Vermittlung der hier als wichtig herausgearbeiteten Aspekte zu finden. Die Mühe und die Auseinandersetzung damit jedoch lohnen sich, erlangt man damit doch ein vertieftes Verständnis des Forschungsprozesses und der Ergebnisse – und nicht zuletzt auch von sich selbst.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Literatur

- Devereux G. Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. 3. Aufl. d. dt. Ausg. Suhrkamp, Frankfurt 1992; 22
- Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001; 358: 483–488
- Knorr-Cetina K. Wissenskulturen: ein Vergleich naturwissenschaftlicher Wissensformen. Suhrkamp, Frankfurt 2002
- Latour B. *Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts*. Princeton Univ Press, Princeton 1986
- Nader L. *Naked Science: Anthropological Inquiry into Boundaries, Power and Knowledge*. Routledge, London 1996
- Rosaldo R. Der Kummer und die Wut eines Kopfbjägers. Über die kulturelle Intensität von Emotionen. In: Berg E, Fuchs M (Hrsg). *Kultur, soziale Praxis, Text. Die Krise der ethnographischen Repräsentation*. Suhrkamp, Frankfurt 1993; 375–401
- Hauser-Schäublin B, Kalitzkus V, Petersen I, et al. *Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Reproduktionsmedizin und Organtransplantation in Deutschland*. Campus, Frankfurt 2001
- Kalitzkus V. *Leben durch den Tod. Die zwei Seiten der Organtransplantation. Eine medizinethnologische Studie*. Reihe Kultur der Medizin, Band 6. Campus, Frankfurt 2003
- Bourdieu P. Verstehen In: Bordieu P, et al (Hrsg). *Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft*. Universitätsverlag, Konstanz 1998; 780–782
- Hunt J. *Psychoanalytic Aspects of Fieldwork*. Sage, London 1989
- Kleinman S, Copp M. *Emotions and Fieldwork*. Sage, London 1993
- Müller-Hergl C. Wahrnehmen und Beschreiben. *Dementia Care Mapping*. *Dr. med. Mabase Zeitschrift im Gesundheitswesen* 2004; 38. S. a. Innes A. *Die Dementia Care Mapping Methode. Anwendung und Erfahrungen mit Kitwoods personenzentriertem Ansatz*. Huber, Bern 2004

¹³ Mruck K, Mey G. Selbstreflexivität und Subjektivität im Auswertungsprozess biographischer Materialien. Zum Konzept einer „Projektwerkstatt qualitativen Arbeitens“ zwischen Colloquium, Supervision und Interpretationsgemeinschaft. In: Jüttemann G, Thomae H (Hrsg). Bio-

graphische Methoden in den Humanwissenschaften. Psychologie Verlagsunion, Weinheim 1998; 284–306

¹⁴ Für nähere Informationen zum Projekt siehe: www.gesundheitsfoerdernde-praxen.de

Zur Person



Dr. disc. pol. Vera Kalitzkus

Jahrgang 1968, ist Sozialwissenschaftlerin mit dem Schwerpunkt Medizinische Anthropologie. Sie beschäftigt sich seit mehreren Jahren mit Bedingungen der Medizin in unserer Gesellschaft, der Perspektive von Patienten und ethischen Aspekten neuer medizinischer Technologien (Organtransplantation). Darüber hinaus ist sie Lehrbeauftragte an verschiedenen Instituten des sozialwissenschaftlichen Bereichs und ehrenamtliche Mitarbeiterin des Ambulanten Hospiz an der Lutter e. V., Göttingen. Seit 2003 ist sie Mitarbeiterin der

GeMeKo e. V. Göttingen in einem Kooperationsprojekt mit den Universitäten Göttingen und Witten-Herdecke zu „Salutogenese in der hausärztlichen Praxis“

Lendenwirbelsäule

Jan Hildebrandt, Gerd Müller, Michael Pffingsten (Hrsg.)

718 S., 99,95 Euro, Urban & Fischer, ISBN 3-43-723250-9

Es handelt sich um eine umfassende interdisziplinäre Darstellung der lumbalen Rückenschmerzen, wie sie im deutschen Schrifttum bisher nicht zur Verfügung stand. Das Buch umfasst sowohl anatomische, physiologische und psychologische Grundlagen, als auch klinische Aspekte, die in 10 Kapiteln von ausgewiesenen Experten gut lesbar vorgestellt werden. Am Schluss werden bestehende nationale und internationale Leitlinien dargestellt und eine Zusammenschau durchgeführt. Im letzten Kapitel „Die Sprechstunde“ werden Hinweise zur Patientenedukation und Antworten auf häufige Fragen von Patienten gegeben. Die zweifarbige Textgestaltung und das Layout sind angenehm. Die Bebilderung (565 Abbildungen) ist exzellent, allerdings lässt die Beschriftung z. T. zu wünschen übrig.

Leider kommt es bedingt durch die Vielzahl der Autoren (59) zu häufigen Wiederholungen, gelegentlich zu Widersprüchen und

einigen terminologischen Abweichungen. Die Gestaltung der Kapitel ist etwas uneinheitlich. Während einige Autoren umrahmte Kästchen zur Zusammenfassung der prägnanten Punkte verwenden, verzichten etwa die Hälfte auf diese leserfreundliche Erinnerungstütze. Die kritische Bewertung und klare Stellungnahme zu Wertigkeit und Indikation einiger diagnostischer und therapeutischer Verfahren schwankt in ihrer Qualität und Prägnanz. So hätte ich mir z. B. bei den radiologischen Untersuchungsmethoden klarere Aussagen gewünscht. Besonders gut gefallen hat mir die Darstellung psychologischer Faktoren bei der Entstehung und Chronifizierung von Rückenschmerzen und die Beschreibung der psychologischen Behandlungsverfahren. Prof. Wilhelm Niebling stellt in einem Kapitel Rückenschmerzen aus hausärztlicher Sicht anhand der DEGAM-Leitlinie dar. Trotz der vorherigen Einschränkungen ist das Buch, hausärztlichen Kollegen die einen ihrer Praxischwerpunkte bei Rückenschmerzen oder in der Schmerztherapie sehen zu empfehlen.

Dr. Jean-François Chenot, Göttingen