

## Hausärztliche Krankheitskonzepte

Kreher S, Brockmann S, Sielk M, Wilm S, Wollny A. Hausärztliche Krankheitskonzepte. Analyse ärztlicher Vorstellungen zu Kopfschmerzen, akutem Husten, Ulcus cruris und Schizophrenie. Huber, Bern 2008, 224 S., broschiert. 34,95 Euro

Welcher Rationalität folgt hausärztliches Handeln? Im öffentlichen Bewusstsein scheinen Abrechnungsfragen und organisatorische Aspekte im Vordergrund zu stehen – so als sei der Hausarzt ein homo oeconomicus und seine Praxis hauptsächlich ein Umschlagplatz von Strömen der mit Krankheit belasteten Menschen einerseits und Geld andererseits. In einer zweiten Perspektive steht der ordnungspolitische Aspekt im Vordergrund: Der Hausarzt hat sein Handeln demnach an auf Evidenz basierenden Leitlinien zu orientieren und erscheint damit als Verkörperung medizinischen Wissens. Als Experte weiß er, dass Patienten an Entscheidungsfindungen zu beteiligen sind – und sei es auch nur, damit sich deren eigene Vorstellungen („Laientheorien“) nicht unangenehm als Behandlungswiderstand („non-compliance“) bemerkbar machen. Diese subjektiven Theorien der Patienten gründen auf einem historisch gewachsenen Bestand an gesellschaftlichen Deutungsmustern, in die auch die Hausärzte hineinsozialisiert sind. Damit ist eine weitere Rationalitätsebene angezeigt, und hier setzt die Fragestellung der Autoren ein: Wie sehen eigentlich die handlungsleitenden Krankheitskonzepte von Hausärzten aus? Handelt es sich dabei ausschließlich um Professionswissen oder erfahren Expertenwissen, überlieferte Deutungsmuster und individuelle Erfahrungen je individuelle Ausprägungen?

Um sich hausärztlichen Krankheitskonzepten auf empirischer Basis zu nähern, haben die Soziologinnen Simone Kreher und Anja Wollny, die Allgemeinärzte Silke Brockmann und Stefan Wilm sowie der Psychiater Martin Sielk aus einem Fundus von 120 leitfadengestützten Interviews mit Hausärzten 20 Gespräche ausgewählt, die nach dem Verfahren der „grounded theory“ in mehrjähriger Arbeit ausgewertet wurden. Im Ergebnis ist ein 224 Seiten umfassendes Buch entstanden, das in gut lesbarer Form zugleich Einblick in die Praxis qualitativer Forschung in der Allgemeinmedizin gibt und Hypothesen vorlegt, die für eine Theorie der Allgemeinmedizin bedeutsam sind.

Weil die im Routinehandeln wirkenden Wissensbestände als selbstverständlich gelten, erschließt sich das „tacit knowledge“ nicht der direkten Befragung. Die Autoren stützen – der „narrative based medicine“ vergleichbar – ihre Analyse daher auf leitfadengestützte offene Interviews, die mit Hausärzten themenbezogen zur Behandlung von Patienten mit Kopfschmerzen, akutem Husten, Ulcus cruris sowie Schizophrenie durchgeführt wurden. Die empirischen Auswertungen sind gerahmt durch Überlegungen zur Forschungslogik, Angaben zur Epidemiologie der Auswahlkrankheiten sowie Abrisse bzgl. historisch überlieferter Deutungsmuster und dem derzeitigen Stand des Wissens, die auf erstaunliche Kontinuitäten hinweisen.

In phänomenologischer Perspektive fragen sich die Autoren, welcher Gegenstand den jeweiligen Theorien zugrunde liegt. Sie arbeiten heraus, dass das jeweilige Symptom/Krankheitsbild den Ärzten in je spezifischer Form sinnlich „gegeben“ ist. Husten ist hör-, der Auswurf sichtbar; das offene Bein kann angeschaut, betastet und ggf. auch gerochen werden; der Wahn kommt ggf. in Mimik, Gestik und Verhalten zum Ausdruck – Kopfschmerzen hingegen erschließen sich keiner sinnlichen Erfahrung des Gegenübers. Allen Situationen gemeinsam ist, dass kranke Menschen bei ihnen sich als gesund definierenden Gegenübern Fremdheitsgefühle und Abgrenzungsbedarf hervorrufen, die mit Zuschreibungen („Etikettierung“) beantwortet werden. Zum Hustenden wird Distanz aufgebaut, der Patient mit offenen Beinen einem sozial abweichenden Milieu zugeordnet und der schmerzende Kopf einem bildgebenden Verfahren zugeführt, um die Kontrolle zu behalten. Der Wahn hingegen droht anzustecken, sodass das hausärztliche Selbstverständnis am ehesten um den Preis der Delegation des Patienten zum Psychiater aufrechterhalten werden kann. Insgesamt erweist sich über alle Krankheitseinheiten hinweg die Beziehung als zentrale Kategorie (allgemein-)ärztlichen Handelns.

Die Aussagen der Ärzte sind zu Fallskizzen aufbereitet und in den vier krankheitsbezogenen Kapiteln enthalten, die das Herzstück der empirischen Analyse darstellen. Es wird deutlich, wie unterschiedlich sich die Ärzte – vermittelt über Symptome bzw. Krankheitsbilder – zu ihren Patienten positionieren und wie unterschiedlich sie – vermutlich – die Beziehungen gestalten. Hier wird die Ausgangsthese, dass hausärztliche Krankheitskonzepte mehr sind als je individuelle Verkörperungen medizinischen Wissens, am Material belegt. Ob und inwieweit die Unterschiedlichkeit (berufs-)biographisch bedingt ist, können die Autoren mit den ihnen vorliegenden Informationen nicht weiter verfolgen, sodass sie folgerichtig hier Raum für weitere Forschung sehen. An dieser Stelle hätte ich mir gewünscht, dass die Autoren den Anschluss zur in der Tradition von Michael Balint stehenden Literatur zur Arzt-Patienten-Interaktion herstellen und die Psychodynamik als vierte Ebene der Handlungsrationalität in der hausärztlichen Praxis zugänglich machen würden.

Das Buch kann auch als Forschungsbericht gelesen werden. Die Autoren machen Schritt für Schritt nachvollziehbar, wie sich die interdisziplinäre Arbeitsgruppe eine gemeinsame Fragestellung erarbeitet hat, in Anlehnung an Glaser und Strauss fallbezogen analytische Kategorien aus dem vertexteten Interviewmaterial entwickelte, die dann zunächst fallübergreifend zu krankheitsbildbezogenen Konzepten von Hausärzten und abschließend zu einem entitätsübergreifenden Entwurf hausärztlicher Krankheitskonzepte verdichtet wurden. Beim Vergleich der Einzelkapitel wird deutlich, dass die Auswertungen auf Daten unterschiedlicher Qualität und Tiefe gründen. Die Möglichkeit zur vergleichenden Kontrastierung ist damit eingeschränkt – ein Problem, dass die Autoren selbst zum Thema machen. Sie regen an, qualitative Forschung im allgemeinmedizinischen Feld den in der qualitativen Sozialforschung üblichen Qualitätskriterien zu unterwerfen (bspw. Interviewerschulung).

Die Studie der Autorengruppe leistet m. E. einen wesentlichen Beitrag in der Professionalisierungsdebatte. Die Autoren zeigen auf, dass bei aller Notwendigkeit rationaler Entscheidungsfindung konkretes Handeln immer subjektgebunden bleibt und damit – bei Patient und Arzt – je individuelle Krankheits- (und Ge-

sundheits-)konzepte notwendig zu berücksichtigen sind. Dementsprechend sei, so fordern sie, die Beschreibung des „hermeneutischen Fallverständnisses“ in der DEGAM-Fachdefinition zu erweitern (S. 207f).

*Ottomar Bahrs*

#### Korrespondenzadresse:

Dr. disc. pol. Ottomar Bahrs  
Abt. Medizinische Psychologie und  
Medizinische Soziologie  
Georg-August-Universität  
Waldweg 37a  
37073 Göttingen  
E-Mail: obahrs@gwdg.de

## Gesundheitsfördernde Praxen – Die Chance einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis

Bahs O, Matthiessen PF (Hrsg.): Gesundheitsfördernde Praxen – Die Chance einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis. Huber, Bern 2007, brosch. 400 S. 39,95 Euro

Es handelt sich um einen Arbeitsbericht über ein 3-jähriges Projekt zur Nutzung des Salutogenese-Konzeptes in der hausärztlichen Arbeit, der jetzt in Buchform vorliegt. Es ist ein sozialwissenschaftliches Projekt mit einem mehrschichtigen Ansatz von einerseits Konzeptionsentwicklung zum salutogenen Arbeiten in der Hausarztpraxis als auch andererseits – und hierauf aufbauend – mit mehreren qualitativen Teil-Projekten, in denen Fokusgruppensitzungen von Hausärzten, Videoaufnahmen von Arzt-Patienten-Gesprächen, Interviews und Fallkonferenzen analysiert wurden.

Die Grundfragen des Buches sind: Welche salutogenetischen Ansätze sind jetzt schon in der Behandlung zu finden und wie wären sie auszubauen? Welche Bedeutung hat hierbei die Arzt-Patienten-Beziehung? Wie lassen sich salutogene Ansätze systematisieren und möglicherweise damit sowohl effektiver als auch sich an den Inhalt hausärztlicher Tätigkeit anpassend neu strukturieren?

In der Beantwortung dieser Fragen wird deutlich, dass die Beziehungsebene sowie die Bedeutungsgebung von Krankheit im Leben eines betroffenen Menschen ganz entscheidende Größen sind, neben denen die „rein medizinische Ebene“ steht.

Das Buch liest sich etwas schwierig, da konzeptionelle Texte neben qualitativer Textauswertung, teilweise im Sinne einer sehr zusammengefassten Fallrekonstruktion, stehen. Ich habe mir das Buch dann kapitelweise immer wieder einmal vorgenommen und dann mit Gewinn lesen können. Irritierend war für mich, dass einerseits die Fallrekonstruktionen aus aufgezeichneten Gesprächen sehr komprimiert waren, holzschnittartig wirkten, dann aber im gleichen Text konzeptionelle Ausführungen direkt oder in langen Fußnoten gemacht wurden. Man wechselt sehr die Ebenen.

Solche komprimierten Zusammenfassungen von Fallrekonstruktionen wirken dann auch irgendwie „gebastelt“: Wenn eine Diabetikerin ihre Angst vor einer Fuß-Amputation äußert, dann kann dies einer beschworenen Realangst durch die Medizin entsprechen. Es kann aber auch, wie in der Fallrekonstruktion dargestellt, ein Bild dafür sein, dass man nicht mehr fest auf dem Boden stehen kann. Das Problem hierbei ist, dass solche Bilder – das sagen die Autoren auch – vielfältige Interpretationen zulassen. Eine Fallrekonstruktion sollte aber in der Regel eine hohe Plausibilität für die von ihr gegebene Deutung aufgrund des Textes haben. Dies ist in Kurzform je-

doch nie zu machen. Daher glaube ich, dass insbesondere diejenigen Leser, die die Akribie der Rekonstruktion eines Falles auf methodischer Ebene nicht kennen, das Dargestellte als eher abstoßendes Fantasieprodukt erleben werden.

Dennoch ein Buch, was relativ einzigartig schon im Ansatz ist: Indem es die modernen Konzepte, die Allgemeinmedizin als Organisationsfach beschreiben (Chronic-care-Modell etc.), beiseite lässt, ganz auf Arzt-Patienten-Interaktion setzt und eine andere, nämlich salutogene Betreuung vorschlägt.

*Heinz-Harald Abholz*

#### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz  
Abt. Allgemeinmedizin  
Heinrich-Heine-Universität  
Universitätsklinikum Düsseldorf  
Moorenstraße 5  
40225 Düsseldorf  
Tel.: 0211 / 8 11 77 71  
Fax: 0211 / 8 11 87 55  
E-Mail: abholz@med.uni-duesseldorf.de