

# Hermeneutisches Fallverständnis – Versuch einer Annäherung

## *Hermeneutical Case-Understanding – an Approach to Understanding*

Ottomar Bahrs

**Zusammenfassung:** Im Gesundheitswesen, so heißt es gelegentlich, fehle es an sinnstiftenden Orientierungen, und speziell der Hausarztmedizin gelinge es nicht ausreichend, das Spezifische der eigenen Tätigkeit insbesondere gegenüber dem potenziellen Nachwuchs attraktiv darzustellen. Der vorliegende Beitrag geht von der Vermutung aus, dass das in der Fachdefinition hervorgehobene „hermeneutische Fallverständnis“ ein gemeinsames Selbstverständnis stiften kann. Allerdings ist das „hermeneutische Fallverständnis“ weder operational definiert noch wird es geschult und gelehrt. Im Text werden Anhaltspunkte für ein mögliches „hermeneutisches Fallverständnis“ aus der insbesondere angelsächsischen und skandinavischen Diskussion über den „Patienten als Text“ abgeleitet. Dabei wird aufgezeigt, dass (Hausarzt-)Medizin als Kette interpretativer Akte und damit als (auch) hermeneutisches Unterfangen zu verstehen ist. Wie sich Fallverstehen in der Begegnung konstituieren kann, wird am Beispiel eines dokumentierten Erstgesprächs veranschaulicht. Fallverstehen wird als professionelles Handeln vorgestellt, das je subjektive Kompetenzen von Patient und Arzt zur Voraussetzung hat und diese zu fördern vermag. Für die Analyse wurde die Fall-Einheit „Gespräch“ gewählt, doch sind je nach Interesse auch andere Falldefinitionen möglich und sinnvollerweise bei künftiger Ausdifferenzierung des „hermeneutischen Fallverständnisses“ konkret zu untersuchen. Einer der Fälle, die es dabei zu verstehen gilt, ist der Arzt selbst. Die Fallanalyse zeigt, dass die Praxis ein implizites Wissen transportiert und der Lehre vorangehen kann. Ein kollektives Selbstverständnis aber würde von der Explikation des impliziten Wissens sehr profitieren. Insofern bietet sich das Konzept der partizipativen Forschung an, um das „hermeneutische Fallverständnis“ als Grundlage hausärztlichen Handelns lehr-, lern- und nachvollziehbar werden zu lassen.

*Schlüsselwörter:* Allgemeinmedizin; Entscheidungsfindung; Fall-Betrachtung; Partizipative Forschung

**Summary:** Our health care system is considered to lack reasonable orientation, and as for the specific field of action in family medicine, it is particularly hard to convince medical students and graduates of its positive aspects. The present paper is based on the assumption that a „hermeneutical approach to the case in family practice“ – as discussed by experts – could create common ground for a clearer self-concept. However, it does not have any operational definition and is not part of education and training. In order to find hints for a hermeneutical approach, the text refers to the discussion of „The Patient as Text“, which is put up especially in English-speaking and Scandinavian countries. It points out that family medicine can be understood as a chain of interpretative actions and thus (also) as a hermeneutical venture. A recorded initial clinical interview illustrates a practical example of a hermeneutical approach which – in the case of family practice – is regarded as professional action that requires and promotes subjective competences by both the doctor and the patient. For the analysis, the unit chosen here for each case is „interview“, not taking into account that other units may be appropriate, depending on the respective focus of interest. One of the cases that needs to be understood is the case of the doctor himself. The analysis depicts that there is tacit knowledge in practice that could be used for education. Turning tacit knowledge into explicit knowledge would encourage a common ground for a clearer self-concept. Therefore, the concept of participative research is suited to make a „hermeneutical approach of the case in family practice“ trainable, learnable and replicable as a basis for family medicine.

*Keywords:* Family Medicine; Decision Making; Complexity Approach; Participative Research

## Einführung

Ärzte sind nach wie vor eine der Berufsgruppen mit dem höchsten gesellschaftlichen Ansehen. In den seit Jahren durchgeführten Meinungsumfragen des Allensbacher Instituts rangierten sie 2008 mit einer Zustimmung von 78 % weit vor allen anderen Akademikern [1]. Unter den Ärzten genießen die Hausärzte eine Sonderstellung: Sie werden seit langem von der Bevölkerung als erste Ansprechpartner in der institutionalisierten Gesundheitsversorgung am meisten geschätzt, selbst wenn Gebietsärzte über spezialisierte Kompetenzen verfügen. Patienten erwarten in erster Linie, dass der Hausarzt im Notfall schnell zur Hilfe kommt, sorgfältig ist, genügend Zeit fürs Gespräch hat, im vom Patienten gewünschten Ausmaß über die Krankheit informiert, über Probleme zu reden ermöglicht, offen und ehrlich ist, Informationen vertraulich behandelt, Nützlichkeit von Verordnungen kritisch abwägt, sich über neueste Entwicklung in der Medizin informiert sowie vor allem zuhören kann [2]. Bei Medizinstudenten und angehenden Ärzten hingegen verliert die hausärztliche Tätigkeit an Attraktivität, sodass schon das „Aussterben“ der Hausärzte befürchtet wird. In vielen standespolitischen Diskussionen wird dies vor allem auf die politischen Rahmenbedingungen zurückgeführt. Hausärzte verdienen durchschnittlich weniger als die meisten ihrer spezialisierten Kollegen – Versuche, insbesondere die „sprechende Medizin“ aufzuwerten, sind wiederholt gescheitert. Auch Aus-, Fort- und Weiterbildung sind nicht zufriedenstellend organisiert, sodass der Berufseinstieg hohe individuelle Anpassungsleistungen erfordert. Aufwand und Ertrag scheinen zunehmend weniger in angemessenem Verhältnis zu stehen. Vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Wandlungsprozesse nehmen offenbar die erforderlichen sozialen Kompetenzen ab, sinkt die Bereitschaft für Verbindlichkeit und Verantwortungsübernahme, wird dem Einsatz von Technik größere Bedeutung zugemessen und Spezialisierung statt Generalisierung angezielt, besteht eine zunehmende Distanz zu Krankheiten und Erkrankten und erhält die Möglichkeit zu eigener Flexibilität einen hohen Stellenwert [3]. Dies indiziert, dass gerade das Spezifische allgemeinärztlicher

Tätigkeit nicht hinreichend attraktiv ist. Möglicherweise fehlt auch ein fachspezifisches Leitbild, sodass praktisch Tätige ihrem Alltag je individuell Sinn abgewinnen müssen [4, 5]. Pointiert formuliert: „Das Gesundheitswesen steckt in einer Theoriekrise, keiner Finanzkrise. Als praktizierende Ärzte brauchen wir (...) Denkmodelle, die uns helfen, unsere täglichen Erfahrungen einzuordnen. (...) Dabei geht es (...) um den beweglichen Perspektivenwechsel zwischen dem Gemessenen, dem Angemessenen und dem Erlebten.“ [6].

## Wie arbeiten Hausärzte?

Der Definition der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) zufolge sind Hausärzte zuständig für die Langzeitversorgung von (gesunden und) kranken Menschen. Dies umfasst präventive, kurative und rehabilitative Versorgung und hat ein spezifisches methodisches Vorgehen – das **„hermeneutische Fallverständnis“** – zur Voraussetzung: „Die **Arbeitsweise** der Allgemeinmedizin berücksichtigt somatische, psycho-soziale, soziokulturelle und ökologische Aspekte. Bei der Interpretation von Symptomen und Befunden ist es von besonderer Bedeutung, den Patienten, sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte zu würdigen (hermeneutisches Fallverständnis).“ [7]

Die Definition folgt einem integralen (bio-psycho-sozialen, holistischen) Konzept von Gesundheit und Krankheit. *Interpretation* wird als spezifische professionelle Leistung gefasst, die patientenzentriert ist („würdigen“), kontextbezogen („psycho-sozial“, „soziokulturell“), biografisch („seine Geschichte“) und in einer Interpretationsgemeinschaft (Einbeziehung des *Krankheitskonzepts* des Patienten) erfolgt, sowie ein je fallspezifisches individuelles Ergebnis hat. Dieses Leitbild entwirft die hausärztliche Praxis als komplexes Geschehen mit hohen Anforderungen an die Beteiligten und wirft Umsetzungsfragen auf: Was meint Hermeneutik? – Was meint Fallverständnis? – Welche konkreten Operationen ermöglichen und sichern das hermeneutische Fallverständnis? – Wie wird die Kompetenz für ein hermeneutisches Fallverständnis erworben und dessen Qualität gesichert?

In der deutschsprachigen Literatur wird das „hermeneutische Fallverständnis“ als spezifisch hausärztliche Arbeitsweise kaum thematisiert. Ausnahmen bilden die Arbeitsgruppen um Abholz, Herrmann und Wilm auf universitärer Ebene sowie (mit anderer Begrifflichkeit) Vertreter der Uexküll-Gesellschaft für Integrierte Medizin (Kamps, Konitzer [8], Rüter). In der internationalen Diskussion findet sich der Begriff selbst nicht, wohl aber Überlegungen zur Komplexität und eine Debatte über medizinische Hermeneutik unter dem Stichwort „Der Patient als Text“.

## Vom „Patient als Text“ zur dialogbasierten Medizin

Daniels hebt in einem 1986 erschienenen Aufsatz hervor, dass das ärztliche Handeln schon immer interpretative Akte impliziert [9]. Allerdings finde die in den Geisteswissenschaften verankerte Auslegekunst („Hermeneutik“) als methodisches Verfahren in der Medizin wenig Aufmerksamkeit. Er schlägt vor, den Patienten analog zu literarischen Werken als „Text“ zu verstehen, wobei vier Ebenen zu unterscheiden seien:

- Der primäre Text bezieht sich auf körperlich aufgeschichtete Lebenserfahrungen, die u.a. in Symptombildungen zum Ausdruck kommen.
- Damit diese lesbar werden, muss eine (gesprochene und geschriebene) Krankengeschichte erhoben und damit ein sekundärer Text erzeugt werden.
- Aufgabe des Arztes ist es dann, diese beiden Texte zu interpretieren, was zur Diagnose und mittels Dokumentation zu einem Text dritter Ordnung führt.
- Das therapeutische Handeln konstituiert einen vierten Text, indem mit Bezug auf den sozialen Kontext des Patienten dessen Problematik (neu) interpretiert wird. Dazu muss der Behandler sich empathisch auf den Patienten einlassen und im Sinne des hermeneutischen Zirkels ein Vorverständnis dessen in Anspruch nehmen, was für den Patienten von Bedeutung ist. Davon bleibt auch der Behandler nicht unberührt, sodass die Konsultation in die Lebenswelt beider Beteiligten hineinragt.

Leder ergänzt, Medizin sei keine reine Wissenschaft, sondern ein hermeneutisches Unterfangen. Dabei geht der Interpretationsleistung des Arztes die Selbstdeutung der betroffenen Person (und ihres Umfeldes) voraus, eine Deutung freilich, die als nicht ausreichend empfunden wird [10]. Das ärztliche Handeln bezieht sich dann auf den sich selbst unverständlich gewordenen Leib des Patienten, dessen eigene Deutung gegenüber dem objektivierenden Blick des Arztes zunehmend zurücktritt. Der ärztliche Blick haftet seinerseits an einem Subjekt: Der Arzt als Leser ist zugleich Autor und als selbst gelebter Leib nicht standpunktlos [11]. Umgekehrt greifen die Selbstdeutungen von Patienten auf medizinische Wissensbestände zurück. Arzt und Patient erbringen eine *gemeinsame Interpretationsleistung* in Überwindung eines doppelten Verstehensproblems und konstruieren gemeinsam die zu behandelnde „Krankheit“.

Dekkers hebt hervor, dass wir uns von Geburt an in einer Welt von Bedeutungen vorfinden. Medizinische Hermeneutik ist mithin ein Spezialfall derjenigen Interpretations- und Verständigungsleistungen, derer wir uns in unserem Alltag immer schon bedienen [12]. Der Patient präsentiert dem Arzt nicht einfach „seine“ Geschichte, sondern gibt zu verschiedenen Anlässen und gegenüber verschiedenen Behandlern unterschiedliche Darstellungen [13]. Unabhängig von der Präsentation ist die Patientengeschichte ihrerseits kontextbezogen, sodass der Arzt über den institutionellen Diskurs hinausgehen und Einsicht in die Lebenswelt des Patienten gewinnen muss. Insofern der gelebte Leib „Text“ und „Interpret“ zugleich ist, gewinnt medizinische Hermeneutik eine moralische Dimension, wenn das Nicht-Verstehen-Können der eigenen Ausdrucksgebung einem mangelnden Verstehen-Wollen entspringt. Der Arzt hat dann dem Patienten unter Nutzung eigener Gegenübertragungsreaktionen [14] mittels vorsichtiger Konfrontation eine Verantwortungsübernahme zu ermöglichen. Dies erfordert vom Arzt das Vermögen zu verstehen, sich in Distanz zu setzen und das Fallverstehen als Begegnung zu gestalten [15–17]. Die Umsetzung erfolgt in der Konsultation als gemeinsame Verstehensleistung – medizinische Hermeneutik ist *dialogkonstituiert* [4, 17].

## Die Aufschichtung von Sinn

Die Aufschichtung von Sinn lässt sich als Prozess beschreiben: Die Mitglieder einer Gesellschaft werden hineingebohren in ein Bedeutungsfeld, das sich in Symbolen materialisiert hat und in konkreten Interaktionen ständig neu hergestellt und erweitert wird (1). Dieser gesellschaftliche Wissensbestand enthält Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit sowie über den angemessenen Umgang damit. Auf individueller Ebene bilden lebensweltliche Erfahrungen (2) den Hintergrund für (möglicherweise krisenhafte) (Körper-)Erfahrungen von Menschen, die potenziell Patienten sind/werden (3) und ihre Erfahrungen vor dem Hintergrund ihrer Gesundheits- und Krankheitskonzepte selbst bewerten (4). Wenn die Betroffenen – oder ihre relevante Bezugsgruppe – den Phänomenen Krankheitswert zuschreiben, kann es zur Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung kommen. Erfahrungen und Selbstdeutungen des Patienten erhalten damit den Status von Symptomen (5), die vom Arzt wahrgenommen (6) und in Form von Befunden (7) festgehalten werden. Vor dem Hintergrund seiner individuell- und berufsbiografisch entwickelten Gesundheits-/Krankheits- sowie Behandlungskonzepte (8) synthetisiert sie dieser zu Diagnosen (9). Eigene Krisenbewältigungserfahrungen des Arztes (10) sowie Behandlungs- und Veränderungsbereitschaft bzw. -möglichkeit des Patienten rahmen – neben der Eigendynamik der zu interpretierenden Prozesse und den in der sozialen Umwelt verfügbaren Ressourcen – die Prognose (11), auf die hin der Therapieplan (12) entwickelt wird. Ob die Therapie hilfreich ist oder nicht (14), entscheidet sich letztlich daran, ob dem Patienten (und seinem Bezugssystem) eine erfolgreiche Form der (veränderten) Alltagsbewältigung möglich wird (13). Dies zu bewerten bleibt letztlich dem Patienten vorbehalten und erfolgt im Hinblick auf ein zukunftsgerichtetes Konzept gelingenden Lebens. Diese Bewertungen stehen allerdings potenziell in Konkurrenz zu Interpretationen, die aus anderen Perspektiven vorgenommen werden (insbesondere Arzt, soziales Bezugssystem, Kostenträger) (15).

Insgesamt gesehen stellt sich nicht mehr die Frage, *ob* ärztliches Handeln

(auch) ein hermeneutisches Unterfangen sei, sondern *wie* dies geschieht. Insbesondere ist zu klären, welchen „Fall“ es im Sinne der hausärztlichen Arbeitsweise zu verstehen gilt.

## Der Blick auf den Fall

Einem in der Medizin verbreiteten Verständnis zufolge repräsentiert der jeweilige Patient eine individuelle Ausprägung eines Falles von etwas, der zu bestimmen und entsprechend der je angemessenen Leitlinie zu behandeln sei. Unter zeitlichen Gesichtspunkten betrachtet kann ein Fall eine einzelne Konsultation, eine Behandlungsepisode oder auch die Entwicklung im Verlauf bezeichnen, womit die Entwicklungsdynamik gegenüber der Krankheitsentität in den Vordergrund tritt. Fokussiert man auf die Arzt-Patienten-Interaktion, so können deren Beziehung und der Behandlungsverlauf zum Fall werden. Wird bei der Betrachtung auch Lebenswelt und Biografie des Patienten berücksichtigt, so kann die jeweilige Art des Umgangs mit sich und der Welt („Inszenierung“) eruiert und als Fall aufbereitet werden. Schließlich können die in der jeweiligen sozialen Bezugsgruppe (Familie, Arbeit, Gemeinde) wirksam werdenden Regeln betrachtet und dieses System zum Fall gemacht werden. Ein Fall lässt sich also, je nach Schwerpunktsetzung, auf jeder oben beschriebenen Ebene der Sinnaufschichtung konstruieren und in der Tradition der strukturalen Hermeneutik im Hinblick auf die „Strukturierungsgesetzlichkeit einer sozialen Praxis“ begreifen.

Auf welche Fallebene(n) die o.g. DEGAM-Definition zielt, ist unklar. Für mich – ich bin Medizinsoziologe – ist es frappierend, dass in der Definition der DEGAM ein personal verstehendes Subjekt nahezu vollständig fehlt. Dem ganzheitlich zu begreifenden Patienten steht „die Allgemeinmedizin“ gegenüber. So scheint es, als nehme das Fach in der Selbstdefinition seine eigene Subjektbasis nicht wahr. Dies ist umso erstaunlicher, als bei statistischen Analysen „dem Faktor Arzt“ der größte Anteil an der Aufklärung der großen Unterschiede von Prozess- und Ergebnisqualität in der Primärversorgung zugeschrieben wird [18]. Dass diese Individualität eine spezi-

fische Stärke hausärztlicher Praxis darstellen könnte, möchte ich im Folgenden am Beispiel eines Erstgesprächs exemplarisch veranschaulichen.

### Verstehen als Prozess – exemplarische Fallanalyse

Das 15-minütige Erstgespräch zwischen dem 50-jährigen Dr. Geiger und der 30-jährigen Veronica Martinez (Namen und biografische Angaben sind pseudonymisiert) wurde aus 34 Konsultationen ausgewählt, die 1991 in zwei aufeinanderfolgenden Sprechstunden in der Praxis von Dr. Geiger mit Einverständnis aller Beteiligten per Video aufgezeichnet wurden. Die Aufzeichnung erfolgte auf Initiative Dr. Geigers, und ich war bei den Konsultationen als teilnehmender Beobachter anwesend. Das Gespräch wurde im Göttinger Videoseminar gemeinsam mit Hausärzten, Psychologen und Soziologen diskutiert [19]. Dr. Geiger ist zu diesem Zeitpunkt Allgemeinarzt und Psychotherapeut und engagiert sich als Lehrbeauftragter in der Medizinerbildung.

#### Eröffnungsphase: Herstellen einer gemeinsamen Sprach-Wirklichkeit

Dr. Geiger holt Frau Martinez aus dem Wartezimmer ab und sichert auf dem Weg zum Sprechzimmer deren Einverständnis mit der Videoaufzeichnung und meiner Anwesenheit beim Gespräch. Beides ist unproblematisch, sodass zeitgleich eine beziehungsbezogene Rahmung des Gesprächs als Forschungs- und Behandlungssituation gegeben ist. Nachdem alle Platz genommen haben und der Arzt mittels Pause den Gesprächsraum öffnet, beginnt Frau Martinez (P2).

- A1: (*auf dem Flur zu hören*) ... ob wir Video mitlaufen lassen dürfen und zu zweit rein dürfen
- P1: Ja, ja
- A2: Dann machen wir das. (.) Gut. Ja. (*Weist auf einen Platz.*)
- P2: Ich hoffe, dass äh, Sie könn-, Sie können mich gut verstehen. Ich bin nicht Deutsche.
- A3: Sie sind nicht Deutsche?
- P3: Nein
- A4: Wenn man den Namen hier nimmt und Sie sprechen spanisch, ne.
- P4: Ja. Ich bin aus Spanien.

- A5: Also, wenn Sie wollen, können wir auch, wenn Sie, wenn Sie nicht auf deutsch.
- P5: Ach, Sie sprechen spanisch.
- A6: Ja. Genau, ein bisschen spanisch machen.
- P6: Wunderbar. (*lacht, Arzt lacht auch*) Entonces hablamos español. (*Dann sprechen wir spanisch.*)
- A7: Vale, para que me entienda (*Gut, damit Sie mich verstehen; Arzt zeigt auf Kamera*).
- P7: Ah, (*spanisch, unverständlich*), er versteht auch nicht (*weist auf Beobachter*).
- A8/B1: (*unverständlich*)
- P8: Wir sprechen deutsch, und wenn wir nicht verstehen, wenn Sie (*an den Beobachter gerichtet*) nicht verstehen, dann
- A9: Gut, okay, wir sprechen, wir spr-, wir sprechen deutsch, und wenn Sie irgendwas anders ausdrücken wollen, dann dann sagen
- P9: Ja
- A10: Sie in Spanisch.
- P10: Okay.
- A11: Okay?
- P11: Alles klar.
- A12: Gut.

Diese etwa 40-sekündige Eröffnungsphase ist in mehrerlei Hinsicht bemerkenswert. So genügt schon die – strategisch eingesetzte – Gesprächspause, um der kooperationsbereiten Frau Martinez mit ihrer ersten Äußerung die Benennung eines zentralen Anliegens zu entlocken: die Hoffnung, verstanden zu werden. Mag dies auf den ersten Blick der Aufzeichnungssituation geschuldet sein – und insofern auf Frau Martinez' Wunsch verweisen, sich als sozial kompetente Rollenspielerin zu bewähren –, so verweist der Nachsatz auf ein das Alltagsleben strukturierendes Problem: Sie ist nicht Deutsche.

Dr. Geiger nimmt ihre Besorgnis auf, ohne sie explizit zu thematisieren, und ermöglicht Frau Martinez mit Bezug auf korrekter Zuordnung ihres Namens einem möglicherweise empfundenen Mangel eine positive Beschreibung entgegenzusetzen: Sie kommt aus Spanien. Seine spezifische Kompetenz, das Gespräch ggf. auch auf Spanisch zu führen, begünstigt die Konstruktion einer gemeinsamen Sprach-Wirklichkeit, die kurz erprobt und mit Rücksicht auf den weniger sprachgewandten Beobachter

zunächst suspendiert wird. Dies genügt aber, um Frau Martinez die Sicherheit zu geben, verstanden werden zu können und umgekehrt von ihrer durchaus beachtlichen eigenen Sprachkompetenz Gebrauch zu machen. Beide Interaktoren stellen die Situation ihrer Gegenüber in Rechnung und zeigen sich an gelingender Interaktion interessiert.

Nach dieser Rahmung formuliert die Patientin ohne explizite Aufforderung ihr Anliegen:

- Sie ist Krankenschwester im XY-Krankenhaus, hat Rückenprobleme, die vermutlich vom Heben der alten Menschen herrühren und äußert den Wunsch nach Massagen.
- Weiterhin wurde bei der betriebsärztlichen Untersuchung eine vergrößerte Schilddrüse festgestellt und Abklärung empfohlen. Vielleicht bestehe ein Jodmangel?
- „Und was noch? Ach ja“ – sie habe zu niedrigem Blutdruck und sei dadurch immer müde. Ob man dagegen etwas tun könne?

Frau Martinez bietet eigene Deutungen für die Beschwerden und Behandlungsvorschläge an und beendet ihren Beitrag eigenständig: „Das sind meine Probleme.“ Damit spielt sie dem Arzt den Ball zu, der nun sein Konzept [20] entfalten soll. Dr. Geiger übernimmt jedoch nicht sofort, sondern bittet um Prioritätensetzung (A37: „Wie, wo fangen wir an? Fangen wir mit dem Anfang an?“). Damit eröffnet er Frau Martinez die Möglichkeit, die Reihenfolge der zu thematisierenden Probleme entsprechend ihrer Bedeutsamkeit und dem selbst gewünschten Tempo zu bestimmen. Dies verdient insofern Beachtung, als Frau Martinez die Beeinträchtigung ihrer Befindlichkeit fast vergessen und die anfänglich geäußerte Besorgnis jetzt überhaupt nicht als Behandlungsproblem benannt hat. Von der ungewohnten Wahlfreiheit überfordert überlässt die Patientin aber dem Arzt die Initiative („Wie Sie wollen“).

#### Befunderhebung

Bei seiner Exploration und der körperlichen Untersuchung folgt Dr. Geiger der obigen Reihenfolge. Er erfährt, dass der Rückenschmerz bereits länger vorhanden, permanent spürbar und dabei lokalisierbar ist. Seine Überlegung, Frau

**Dr. Dipl.-Sozialwirt Ottomar Bahrs ...**



... wurde 1951 in Hamburg geboren. 1978 Diplom-Sozialwirt, 1990 Promotion an der Universität Göttingen. Längjährige Tätigkeit als Medizinsoziologe in Forschung und Lehre an den Universitäten/Hochschulen in Göttingen, Hannover und Kassel; seit 1994 Organisation und Durchführung von Weiterbildungsveranstaltungen und Seminaren im Auftrag von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen, Teamer von Moderatoren von Qualitätszirkeln; seit 2011 einer der Sprecher des Dachverbands Salutogenese e.V. Arbeitsschwerpunkte: Kommunikation zwischen Professionellen und Klienten, Salutogenese, Umgang mit chronischer Krankheit, Qualitätsentwicklung durch Qualitätszirkel, Gesundheitsförderung, Qualitative Forschung

Martinez notfalls krankzuschreiben, wehrt diese ab: Das sei nicht nötig. Eine Schilddrüsenvergrößerung ist für Dr. Geiger nicht tastbar, er schlägt aber zur Absicherung eine Überweisung zur Ultraschalldiagnostik vor. Den mit 100/60 bestimmten Blutdruck sieht Dr. Geiger als alters-, figur- und geschlechtsspezifisch normal an, aus seiner Sicht besteht hier kein Behandlungsbedarf.

Gemessen an der Normalform der hausärztlichen Konsultation [21] könnte an dieser Stelle das Gespräch mit Rezeptierung und Überweisung zum Abschluss gebracht werden. Doch meldet sich Frau Martinez mit einer Umdeutung erneut zu Wort.

**Erweiterung von Beschwerde resp. Krankheitstheorie**

- P98: Ja, vielleicht liegt es auch am Wetter hier, es macht (.) müde.
- A99: Pesado (*drückend, schwül*) ne, nennt man das. ...
- P99: (*seufzt*) Ich – yo tengo siempre la sensación de que que sólo quiero dormir (*ich habe immer das Gefühl, dass ich nur schlafen möchte*) (*lacht*) (*Es folgt eine längere Passage aufspanisch, in der es u.a. um die Einnahme von jodiertem Salz geht.*)

Indem Frau Martinez eine weitere Erklärung für ihre Müdigkeit einführt, weist sie indirekt darauf hin, dass die Beeinträchtigung der Befindlichkeit doch schwerer wiegt als es zunächst erschien. In ihrer Heimatsprache, in die zu wechseln Dr. Geiger ihr in A99 nahelegt, bringt sie das sehr viel deutlicher zum Ausdruck: Sie möchte immer nur schlafen. Der thematisch nun aufgeworfenen Schwere kontrastiert mimisch, gestisch und von der Sprachgeschwindigkeit die sich anschließende etwa zweiminütige

Sequenz in spanischer Sprache, in der beide Interakteure mit sichtlichem Vergnügen Fragen jodierter bzw. nicht-jodierter Salze sowie ihrer Applikationsformen besprechen. Der für den Beobachter spürbare Stimmungswandel ist mit dem banal anmutenden Gesprächsinhalt nicht erklärbar. Eher scheint der Sprachwechsel quasi-therapeutische Wirkung zu haben und Frau Martinez eine Anmutung von Heimatgefühl zu ermöglichen. Vor diesem Hintergrund kann Dr. Geiger nun den nächsten Schritt einleiten.

**Festlegung des Behandlungsplans**

Dr. Geiger stellt ein Rezept (10 x KG und Massagen) sowie eine Überweisung zur Ultraschalldiagnostik aus. Weiterhin erklärt er, den Blutdruck nicht behandeln zu wollen; die gerade thematisierte Befindlichkeitsstörung droht, wie in der Beschwerdeschilderung der Patientin selbst, zunächst in Vergessenheit zu geraten. Von Frau Martinez auf Behandlungsmöglichkeiten angesprochen, rät Dr. Geiger von einer medikamentösen Therapie ab, die ihm als „falscher Weg“ erscheint.

- A116: Ja, ich denke, die Müdigkeit hat eher etwas zu tu mit dem Leben, was Sie führen. In irgendeiner Weise und damit anders umzugehen.
- P114: Ja, hier hab ich
- A117: Hier. Hat das mit Deutschland zu tun?
- P115: Phhh. Ein bisschen. ...
- P121: Ja, ich habe schon Pro-, Probleme mit Depression gehabt.

In dieser den Gesprächsabschluss einleitenden Passage bietet Dr. Geiger seine Deutung an, die von Frau Martinez bestätigt wird. Der unspezifische Hinweis wird verstehbar und kann mit der an-

fänglich geäußerten Besorgnis in Verbindung gebracht werden. Denn die Müdigkeit ist mit dem Leben in Deutschland assoziiert, d.h. mit dem Gefühl des Fremd-Seins, das bei Frau Martinez überdies bereits auf eine Verwundbarkeit (P121) trifft, sodass Dr. Geiger weitergehende psychotherapeutische Gespräche anbietet.

**Resümee der Analyse**

Das Gespräch wird von Patientin und Arzt gemeinsam gestaltet, sie begegnen sich – unbeachtlich des unbestrittenen Unterschieds bzgl. Problemdruck einerseits und der Fachkompetenz andererseits – als Individuen und auf Augenhöhe. Innerhalb dieses Rahmens organisiert sich das Fallverstehen als gemeinsame Interpretationsleistung. Dabei gelingt es Dr. Geiger, durch Aufgreifen minimaler Hinweise Frau Martinez das Gefühl zu vermitteln, ernst genommen zu werden: Er

- reagiert auf ihre Angst, nicht verstanden zu werden, und ermöglicht eine Gegenerfahrung.
- ermöglicht eine gemeinsame Sprachebene (spanisch).
- bietet vorsichtig Unterstützung an und respektiert Selbstständigkeitswunsch und Eigenkompetenz der Patientin.
- folgt der Bewertung der Patientin, die in ihrem Konzept die Befindlichkeitsstörung als nachrangig einstuft, und ermöglicht Frau Martinez eben dadurch Korrektur und Selbstoffenbarung.
- verbalisiert die im „hier“ mitschwingende Sehnsucht nach der Heimat.
- reagiert auf die Diskrepanz zwischen verbaler und non-verbaler Äußerung.

Die spezifische, nicht erwartbare Sprachkompetenz des Arztes einerseits und seine psychotherapeutische Qualifikation andererseits sind zentrale subjektive Voraussetzungen für die Gesprächsgestaltung, in der die „hidden agenda“ der Patientin zur Sprache und diagnostisch-therapeutisch zur Geltung gebracht werden kann. Resultat ist eine Passung, die Frau Martinez abschließend mit den Worten: „Da habe ich aber Glück gehabt“ kommentiert. Anders gesagt: Hier bahnt sich eine hausärztliche Langzeitbegleitung an, die nicht mehr Gegenstand dieser Analyse ist.

## Grenzen der hier vorgelegten Arbeit

Gegenüber qualitativen Analysen wird oft eingewendet, dass die Datengrundlage **keine repräsentativen Aussagen** ermögliche und Ergebnisse bestenfalls illustrierenden Charakter haben können. Dem stimme ich insoweit zu, als Einzelfallanalysen keine Repräsentationsschlüsse erlauben. Diese Form von Verallgemeinerbarkeit beabsichtige ich hier auch nicht. Andererseits ist die Praktizierung hermeneutischen Fallverständnisses in der Allgemeinpraxis bislang nicht empirisch untersucht worden, sodass die für quantitative Studien unumgänglichen Vorinformationen fehlen. Mein Ziel ist es daher, am Einzelfall exemplarisch Merkmale herauszuarbeiten, die im Sinne einer **Strukturgeneralisierung** auch auf andere Konstellationen übertragbar sind.

Das analysierte Beispiel weist mit Migrationsproblematik sowie sprachkundigem und psychotherapeutisch ausgebildetem Allgemeinarzt Spezifika auf, die im Hinblick auf die Verallgemeinerbarkeit zu beachten sind. Aufgrund des wachsenden Anteils von Mitbürgern mit Migrationshintergrund – Patienten und Ärzten – werden solche Gesprächskonstellationen zwar (gerade in den Großstädten) häufiger, stellen aber doch nur einen Typ neben anderen dar. Die Aufgabe, eine gemeinsame Kommunikationsebene zu finden, ist freilich in jedem Arzt-Patienten-Gespräch gegeben, sodass dieser institutionelle Diskurs im erweiterten Sinne als „interkulturelle Kommunikation“ verstanden und das beschriebene Muster der Aushandlung auch auf andere Sprechstundengespräche übertragen werden kann.

Eine niederländische Studie kam bei einem Vergleich von Gesprächen aus den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts und dem ersten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts zu dem Ergebnis, dass sich das In-

formationsverhalten der Hausärzte leitlinienbezogen verbessert habe, der damit verbundene höhere Zeitaufwand allerdings auf Kosten der Thematisierung psychosozialer Themen gegangen ist [22]. Ob dies insgesamt zu einem besseren Fallverstehen geführt hat und ob es eine entsprechende Entwicklung in Deutschland gibt, muss hier offen bleiben.

In der internationalen Diskussion erscheint die Person des Arztes lediglich als – allerdings bedeutsamer – Kontext [23], obgleich Familienmedizin als *personale Medizin* definiert wird.

## Fazit und Ausblick

Behandlung ist ohne Deutung nicht möglich – die zudem idealerweise auf *gemeinsamem* Verstehen gründet. Dementsprechend praktizieren Hausärzte – vielleicht nicht immer konsequent – ein hermeneutisches Fallverstehen, obgleich sie darin vermutlich unsystematisch geschult sind. Letzteres sollte intensiviert werden, um hermeneutisches Fallverstehen auch in der Breite der Versorgung als Grundoperation hausärztlichen Handelns zu verankern.

Hierzu schlage ich eine Akzent-erweiterung vor: Die Behandler sollten ihr hermeneutisches Vorverständnis und ihre Subjektivität bewusst als Ressource nutzen und darin geschult werden.

Verständigung kann – wie im vorliegenden Fall – sprachlich vermittelt erfolgen, doch sind je nach situationaler Gegebenheit, Struktur des Behandlungsproblems, Behandlungskonzept des Therapeuten usw. auch andere Möglichkeiten der Verständigung vorstellbar. Ich vermute, dass körpertherapeutische und komplementärmedizinische Behandlungsverfahren, wie sie auch in der Hausarztmedizin zunehmend Verwendung finden, je spezifisch zur Herstellung einer gemeinsamen Handlungs-

wirklichkeit beitragen und dies fallrekonstruktiv betrachtet werden sollte. Da unabhängig vom Behandlungsverfahren im je individuellen Fall kein Algorithmus aus sich selbst heraus entscheiden kann, gilt es, die Subjektivität des Arztes (wie die des Patienten) nicht zu eliminieren, sondern zu schulen, zu fördern und kontrolliert zu nutzen. Ansätze wie das Mikroszenenprotokoll, die Balintgruppenarbeit, die reflektierte Kasuistik in der Tradition v. Uexkülls, hermeneutische Fallarbeit nach Siebolds sowie der videogestützte Qualitätszirkel weisen in diese Richtung [24–27].

Da das der Praxis zugrunde liegende je „lokale Wissen“ untrennbar mit den Handelnden verknüpft ist, sollten diese am Forschungsprozess als Interpreten in eigener Sache aktiv beteiligt werden: Partizipative Forschung bietet sich aus forschungslogischen, forschungspraktischen und forschungsethischen Gründen gleichermaßen an.

**Danksagungen:** Mein besonderer Dank gilt Dr. Geiger und Frau Martinez sowie den langjährigen Mitgliedern des Göttinger Videoseminars. Hervorheben möchte ich Dr. Thomas Ripke, der viel zu früh verstorben ist und dem ich viele Anregungen verdanke. Ihm ist dieser Text gewidmet.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

### Korrespondenzadresse

Dr. Dipl.-Sozialwirt Ottomar Bahrs  
Abteilung Medizinische Psychologie und  
Medizinische Soziologie  
Universitätsmedizin Göttingen  
Waldweg 37a  
37073 Göttingen  
Tel.: 0551 398195  
obahrs@gwdg.de

## Literatur

1. Allensbacher Berufsprestige-Skala, Bulletin 2008 (2); [http://www.ifdallensbach.de/pdf/prd\\_0802.pdf](http://www.ifdallensbach.de/pdf/prd_0802.pdf) [letzter Zugriff am 08.01.2011]
2. Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J. Patientenerwartungen an den Hausarzt: Unterschiede in den alten und neuen Bundesländern. DOK – Politik, Praxis, Recht 1997; 79: 29–32
3. Natanzon I, Szecsenyi J, Götz K, Joos S. Das Image der hausärztlichen Profession in einer sich wandelnden Gesellschaft – eine qualitative Befragung von Hausärzten. Med Klin 2009; 104: 601–607
4. Kamps H. Der Patient als Text – Metaphern in der Medizin. Skizzen einer dialogbasierten Medizin. Z Allg Med 2004; 80: 438–442

5. Rüter G. Innerlich zerrissen sein: Ist Hausarztmedizin Lebenskunstmedizin? *Z Allg Med* 2010; 86: 322–328
6. Kamps H, Harms D. Die medizinische Theorie passt auf zwei Bierdeckel – Skizzen einer hausärztlichen Semiotik. *Z Allg Med* 2010; 86: 140–143
7. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin: Fachdefinition; <http://www.degam.de/index.php?id=303> [letzter Zugriff am 9.1.2012]
8. Konitzer M. Narrative based medicine: ein allgemeinmedizinisches Interaktions- und Forschungsmodell am Beispiel komplementärer Verfahren in der Allgemeinmedizin; Habilitationsschrift zur Erlangung der Venia legendi für das Fach Allgemeinmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover, 2005
9. Daniels SL. The patient as text: A model of clinical hermeneutics. *Theor Med* 1986; 7: 195–210
10. Leder D. Clinical interpretation: the hermeneutics of medicine. *Theor Med* 1990; 11: 9–24
11. Bahrs O. Der Arzt als Partner – Biographie und ärztliches Handeln. *Balint* 2011; 12:77–84
12. Dekkers W. Hermeneutics and experiences of the body: the case of low back pain. *Theor Med Bioeth* 1998; 19: 277–293
13. Santos-König U. Die Globulisierungsfälle – Patient als Therapeut, Therapeut als Patient, und die Arznei zerstückelt sich. In: Bleul G (Hrsg.). *Der subjektive Faktor Arzt in der Homöopathie bei Fallanalyse, Mittelwahl und Heilungsverlauf*. Schriftenreihe des Europäischen Instituts für Homöopathie. Köthen (Anhalt): InHom, 2007: 33–45
14. Herrmann M. Der Hausarzt, sein Patient und die unspezifischen Beschwerden – Erkenntnis durch Beziehungsarbeit. *Z Allg Med* 2006; 82: 214–218
15. Hildenbrand B. Fallverstehen in der Begegnung – ein Konzept therapeutischen Handelns. *Der Mensch – Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin* 2008; 39: 13–19
16. More ES. Empathy as a hermeneutic practice. *Theor Med* 1996; 17: 243–254
17. Svenaeus F. Hermeneutics of clinical practice: the question of textuality. *Theor Med Bioeth* 2000; 21: 171–189
18. Van der Pasch MA, Verhaak PFM. Communication in general practice: recognition and treatment of mental illness. *Patient Educ Couns* 1998; 33: 97–112
19. Bahrs O, Fischer-Rosenthal W, Szeceanyi J. Vom Ablichten zum Im-Bilde-Sein – Ärztliche Qualitätszirkel und Video-Analysen. Würzburg: Königshausen & Neumann, 1996
20. Ripke T. Patient und Arzt im Dialog – Praxis der ärztlichen Gesprächsführung. Stuttgart: Thieme, 1994
21. Ten Have P. Sequential structures in doctor-patient-interaction: ethnomethodology and history. Paper read at the conference „Structure and Emergence of professionalized 'Praxis'“. Goethe-Universität Frankfurt, September 2011: 26–28; <http://www.paultenhave.nl/seqstruct.htm> [letzter Zugriff am 22.3.2012]
22. Bensing JM, Tromp F, van Dulmen S, van den Brink-Muinen A, Verheul W, Schellevis FG. Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped General Practice consultations with hypertension patients. *BMC Fam Pract* 2006; 7: 62. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/7/62> [letzter Zugriff am 18.5.2012]
23. WONCA Europe. The European definition of General Practice / Family Medicine, 3. erweiterte Ausgabe 2011 <http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/Version%202011/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf> [letzter Zugriff am 7.5.2012]
24. Volck G, Kalitzkus V. Passung im Minutentakt – die Komplexität einer Hausarztpraxis. Mikroszenenprotokoll als Instrument zur Selbstreflexion. *Z Allg Med* 2012; 88: 105–111
25. Geigges W. Reflektierte Kasuistik als Instrument der Forschung und Lehre einer Integrierten Medizin. *Balint* 2003; 4: 2–9
26. Siebolds M. Die Patientenfallkonferenz. In: KBV (Hrsg.). *Handbuch Qualitätszirkel*, Köln, 2008
27. Bahrs O, Heim S, Kalitzkus V, Matthiesen PF, Meister P, Müller H. Salutogenetische Orientierung in der hausärztlichen Praxis: Qualitätszirkel als Fortbildungs- und Forschungsinstrument. *Balint* 2007; 8: 1–7



© J. F. Mahlknecht

## Leserfoto

Als Dankeschön für jedes veröffentlichte Foto geben wir einen 3-monatigen Online-Zugang zu den EbM-Guidelines (Hrsg.: Rabady/Sönnichsen/Kunnamo). Also schicken Sie uns weiter Ihre Fotos.