

Bahrs O. Hermeneutisches Fallverständnis – Versuch einer Annäherung. Z Allg Med 2012; 88: 355–361 und
Abholz H-H, Hummers-Pradier E. Kommentare zum Artikel von O. Bahrs. Z Allg Med 2012; 88: 362–364

**Leserbrief von
Theodor D. Petzold**

Fallverstehen in der
Allgemeinmedizin

Einen dicken Dank an Ottomar Bahrs, dass er sich so intensiv des schwierigen Themas des Fallverstehens in der (Allgemein-)Medizin gewidmet hat und damit eine wichtige Diskussion anregt. Wenn ich sein Anliegen verstanden habe, möchte er uns zu einem „dialogischen Fallverstehen“ führen. Dieses Anliegen teile ich.

In meinem Begriffsverständnis kann ich allerdings ein dialogisches Fallverstehen nicht aus einem Textverstehen ableiten, wie Bahrs es macht – sondern muss mit einem Textverstehen brechen oder dieses als ein untergeordnetes Verstehen integrieren, um die Arzt-Patient-Begegnung dialogisch zu verstehen. Wenn ich vom dialogischen Verständnis im Sinne

von Martin Buber ausgehe, setzt ein Dialog eine Ich-Du-Beziehung voraus, die zu unterscheiden ist von einem Ich-Es-Verhältnis. Ein Arzt-Patient-Dialog ist jeweils eine einmalige lebendige, nie wiederkehrende, kreative Begegnung und Kommunikation. Sie wird getragen von mehr oder weniger stimmiger gemeinsamer Intentionalität und Motivation. Ein solches dialogisches Fallverstehen hat für mich eine gänzlich andere Qualität als ein Textverstehen – ein Text entspricht in der Terminologie von Buber einem „Es“; der Patient als Mensch einem „Du“. Symptome und Krankheitsdiagnosen kann ich als festgeschriebenen Text interpretieren, wenn ich sie vom Menschen und seinem Erleben trenne. Eine derartige Krankheit als Textinterpretation sollten wir in unsere Dialoge mit unseren Patienten integrieren können. Hier würde für mich der Begriff des „hermeneutischen Fallverstehens“ eher passen, da der Begriff der Hermeneutik traditio-

nell und im Duden an erster Stelle als „Textinterpretation“ bezeichnet wird. Da es dabei aber um ein „Ich-Es“ und nicht um ein „Ich-Du“ geht, halte ich ihn für ein Verstehen des Arzt-Patient-Dialogs in der Allgemeinmedizin für missverständlich und irreführend.

Ich schlage vor, ein „dialogisches Fallverstehen“ als charakteristisch für unsere hausärztliche Tätigkeit zu diskutieren und zu kultivieren.

Korrespondenzadresse

Theodor Dierk Petzold
Arzt für Allgemeinmedizin und
Naturheilverfahren
Europ. Cert. f. Psychotherapie ECP
Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin
an der MHH
Am Mühlenteich 1
37581 Bad Gandersheim
theopezold@salutogenese-zentrum.de

Leserbrief von Harald Kamps

Ottomar Bahrs sei Dank für den gelungenen „Versuch“, den Lesern der ZFA den Begriff des hermeneutischen Fallverständnisses näher zu bringen. Der Begriff gehört zur Sonntagsrede und dem Selbstverständnis der DEGAM – aber taugt er auch am Montag und wird er auch noch an einem ganz normalen Dienstag gelebt?

Frau Hummers-Pradier verweist in ihrem abwertenden Kommentar auf unsere europäischen Nachbarn (WONCA Europe und EURACT) und ist zufrieden, dass sich dort schon so viel getan hat. Sie erlebt den von Bahrs angeführten Begriff vom „Patienten als Text“ als „eher befremdlich“. Dabei ist es doch gerade dieser Begriff, der international das hermeneutische Fallverständnis vermittelt. In meinem eigenen Beitrag in der ZFA 2004 [1] beziehe ich mich auf den norwegischen Literaturwissenschaftler Pe-

ter Aaslestad, dessen Arbeit 2009 auch in englischer Sprache veröffentlicht wurde [2]. Er hatte sich die psychiatrischen Journaltexte im Archiv eines psychiatrischen Krankenhauses über einen Zeitraum von 100 Jahren (1890–1990) mit den Methoden der Narratologie angesehen und sich unter anderem gefragt: Kommt auch der Patient in diesen Texten zur Sprache? Sein Befund: ja, aber von Epoche zu Epoche weniger, zum Schluss überwiegt die Sprache des objektivierenden und seine Diagnosen abwägenden Arztes.

Zugegeben, das von Bahrs angeführte Beispiel einer Arzt-Patient-Beziehung, die durch die Sprachkenntnisse des Arztes erleichtert wird, mag nicht unmittelbar exemplarisch sein. Beim vorurteilsfreien Hinhören aber schon: Geht es doch darum, einen Raum zu schaffen, in dem Arzt und Patient die Neugier für die unergründliche und komplexe Lebenssituation des Patienten entwickeln. In

dem aktuellen Beispiel: Arzt und Patient spüren das schmerzhaft Heimweh. Dabei fällt mir das Beispiel eines italienischen Patienten ein: Auf die Frage, wie er seine Bauchschmerzen lindere, antwortete er: „Da schneide ich eine Zitrone auf, rieche daran, spüre meine Heimat und mir geht es schon ein wenig besser.“

Der Hausarzt ist Meister des Perspektivenwechsels: mal schaltet er seine Scheinwerfer an und sucht gezielt nach Ursachen für lästige Beschwerden. Diese Suche kann in alle Richtungen gehen: mal in den Körper hinein, mal in die Familienbeziehung oder auf den Arbeitsplatz gerichtet. Dann aber stellt er sich gemeinsam mit dem Patienten unter die Laterne und bemüht sich, die persönliche Lebenssituation des Patienten zu verstehen. Hier muss er auch aufmerksam auf die Sprache des Patienten achten; er muss den Patienten zu Wort kommen lassen, damit die persönliche At-

mosphäre des Patienten spürbar wird. Dies müssen wir lernen – auch dazu macht Bahrs im Ausblick seines Beitrages konkrete Vorschläge. Frau Hummers-Pradier geht darauf nicht ein.

Der Blick ins europäische Ausland hilft uns leider nicht. Auch dort haben Ärzte es nicht gelernt, sich der Komplexität der persönlichen Lebenssituation ihrer Patienten zu stellen. Sie ziehen sich lieber auf bekanntes Terrain zurück und fokussieren ihre Scheinwerfer auf Fragen, auf die sie Antworten haben. Ja, freundlich sind sie die Ärzte, das haben sie im Kurs für Arzt-Patient-Kommunikation gelernt. Den existenziellen Nöten ihrer Patienten verweigern sie sich. Zumindest gilt dies für norwegische Krankenhausärzte [3], ob dies auch für

deutsche Hausärzte gilt? Für diese Frage hat sich die akademische Allgemeinmedizin bisher nicht interessiert.

Es wird Zeit, dass die akademische Allgemeinmedizin auch Forschungsfragen beantwortet, die sich aus der komplexen Lebenswelt der Patienten und der Ärzte ergeben. Weg von der kontrollierten Scheinwerferwelt und hin zur bunten Welt unter der Laterne. Das wäre dann fröhliche Wissenschaft [4].

Korrespondenzadresse

Harald Kamps
Arzt für Allgemeinmedizin
Möllendorffstraße 45, 10367 Berlin
info@praxis-kamps.de

Antwort von Dr. O. Bahrs auf die Beiträge von Abholz, Hummers-Pradier und Petzold

Mein Beitrag zum hermeneutischen Fallverständnis hat unmittelbarer Wiederhall gefunden als von mir erwartet. Die Kommentare nehmen dabei insbesondere Bezug auf meine These, die Allgemeinmedizin als Fach müsse die subjektiven Voraussetzungen hausärztlichen Handelns systematischer reflektieren. Auch werden das hermeneutische Fallverständnis als Begriff sowie mein Versuch einer Veranschaulichung zum Thema. Dass die Autoren dabei sehr unterschiedliche Akzente setzen, werte ich als Hinweis auf Diskussionsbedarf. Dass in der DEGAM-Fachdefinition dem individuellen Patienten nicht ein individueller Hausarzt sondern die Allgemeinmedizin gegenübersteht, ist für Hummers-Pradier kein konzeptionelles Problem, sondern Ausdruck sprachlicher Unbeholfenheit. Dieses Argument überzeugt mich nicht; einerseits zeichneten sich viele der an der Formulierung beteiligten DEGAM-(Vorstands-)Mitglieder durch außerordentlich hohe Sprachsensibilität aus, und andererseits fiel die Abfassung der DEGAM-Fachdefinition in die Hochzeit der Leitlinienproduktionen der DEGAM, während gleichzeitig beziehungsmedizinisch orientierte Arbeitskreise ein

Dornröschendasein führten. Abholz unterstützt dementsprechend meine These und konstatiert selbstkritisch einen Nachholbedarf des Fachs. Dass Verlauf und Ergebnis hausärztlicher Behandlungen von Arztkonzepten [1] beeinflusst werden und auch unter dem Aspekt individueller biografischer Bewältigungsleistungen der Ärzte selbst verstanden werden können [2], ist in jüngerer Zeit herausgearbeitet worden. Bislang nicht untersucht ist, inwiefern diese Subjektivität die Basis von Kreativität in und Anpassungsfähigkeit der Hausarztpraxis darstellt.

Dem kann Hummers-Pradier freilich wenig abgewinnen. Ihrem Wunsch nach überindividuellen Problemlösungen können (und sollen) exemplarische Fallanalysen nicht entsprechen. Weil jeder Hausarzt *seine spezifischen* Ressourcen hat, die ihm die Gestaltung gemeinsamer Behandlungswirklichkeiten mit seinen Patienten ermöglicht, taugt ein jeder nur begrenzt als Modell. Mein Plädoyer, die Fachdefinition zum Sprechen zu bringen und das Konzept des hermeneutischen Fallverständnisses mit Bezug auf den im Alltag wirksam werdenden Erfindungsreichtum von Hausärzten [3] zu erweitern, wird von Hummers-Pradier nicht kommentiert. Ihr Blick ist eher auf die Nachbarländer gerichtet, in denen die Allgemeinmedizin akzeptierter und Forschung und Lehre weiter entwickelt seien. Zweifellos kann auch die

Literatur

1. Kamps H. Der Patient als Text – Metaphern in der Medizin. Z Allg Med 2004; 80: 438–42
2. Aaslestad P. The patient as text: the role of the narrator in psychiatric notes, 1890–1990. Oxford: Radcliffe; 2009
3. Agledahl KM, Gulbrandsen P, Forde R, Wifstad A. Courteous but not curious: how doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations. J Med Ethics 2011; 37: 650–4
4. Nietzsche F. Die Fröhliche Wissenschaft: Ditzingen: Reclam; 2000

ser Blick über den Tellerrand Anregungen geben, nicht jedoch als Blaupause dienen und sollte die Auseinandersetzung mit der Entwicklung vor Ort ergänzen, nicht aber ersetzen.

Abholz unterstreicht die Aktualität des „hermeneutischen Fallverständnisses“, das in der neuesten Ausgabe des Standard-Lehrbuchs [4] explizit zum Thema wird. Hummers-Pradier stößt sich an der Metapher des „Patienten als Text“ und übersieht dabei, dass diese nicht das Ideal der von mir zitierten Autoren darstellt, sondern eine schlechte Praxis, in der Patienten zunehmend zu bloßen Zeichenträgern degradiert werden und verstummen. Dementsprechend habe ich für eine dialogische Medizin plädiert. Daran anknüpfend fordert Theo Petzold in seinem Leserbrief, den Begriff des hermeneutischen Fallverständnisses durch ein „dialogisches Fallverständnis“ zu ersetzen. Bei aller Sympathie für seine Intention kann ich mich dem Vorschlag nicht anschließen. Zum einen wachsen dem Hausarzt in der Langzeitversorgung auch jenseits der direkten Begegnung Informationen zu, die er in sein Bild vom „Fall“ synthetisieren muss. Hier kann es nur darum gehen, das Fallverständnis im Gespräch gezielt zu prüfen und zu validieren. Zum zweiten unterstellt das „dialogische Fallverständnis“ eine Wechselseitigkeit der Perspektiven, die bei allem Bestreben um Partnerschaftlichkeit auch in der

Hausarzt-Patienten-Begegnung nur begrenzt herstellbar ist. Fallverstehen allein auf den Dialog zu gründen, kann im Falle von Kollusionen daher nicht ausreichen. Umso wichtiger ist die kontinuierliche Reflexion des eigenen Standorts des Behandlers. Im Sinne des „hermeneutischen Zirkels“ gilt es, sich des eigenen Vorverständnisses zu versichern.

Korrespondenzadresse

Dr. Dipl.-Sozialwirt Ottomar Bahrs
Abt. Medizinische Psychologie und
Medizinische Soziologie
Universität Göttingen
Waldweg 37a
37073 Göttingen
obahrs@gwdg.de

Literatur

1. Kreher S, Brockmann S, Sielk M, Wilm S, Wollny A. Hausärztliche Krankheitskonzepte. Analyse ärztlicher Vorstellungen zu Kopfschmerzen, akutem Husten, Ulcus cruris und Schizophrenie. Bern: Huber, 2008
2. Ortman K. Der Hausarzt als Erfinder. Eine praxistheoretische Verortung. Sozialwissenschaften und Berufspraxis 1999; 3: 261–272
3. Witte N. Ärztliches Handeln im Praxisalltag. Eine interaktions- und biographieanalytische Studie. Frankfurt: Campus, 2010
4. Kochen MM (Hrsg.). Duale Reihe Allgemein- und Familienmedizin. Stuttgart: Thieme, 2012

Leserbrief von Dr. Stefan Kröger „ZFA – Allgemeinmedizin oder Forschung über Allgemeinmedizin“. Z Allg Med 2012; 88: 431

Leserbrief von Dr. Martin Zingel

Der Leserbrief von Kollege Kröger in der Oktoberausgabe der ZFA hat mich erschüttert. Da hat er sich ziemlich im Ton vergriffen.

Ich fand die von ihm aufgelisteten Artikel auch nicht besonders spannend. Ich bin wie er als Hausarzt tätig und mehr an praxisorientierten Artikeln interessiert. Aber mir ist bewusst, dass dies ei-

ne wissenschaftliche Zeitschrift einer forschenden Fachgesellschaft ist. Und ich bin froh, dass es die DEGAM gibt und die Allgemeinmedizin wissenschaftlich aufgewertet wird in der Wahrnehmung der anderen medizinischen Disziplinen. Das stärkt unser Selbstbewusstsein. Als Hausärzte sind wir eben nicht nur die Schmalspur-Ärzte, sondern in unserem Gebiet die Fachärzte. Leider hat sich das in der Bevölkerung bzw. unter Patienten auch noch nicht so herumgesprochen ...

Korrespondenzadresse

Dr. med. Martin Zingel
Facharzt für Allgemeinmedizin
29468 Bergen an der Dumme
drkimble23@web.de