

### **Gesundheit und Krankheit als Bildungsprozess - zur Bedeutung des Subjekts in der Medizin**

Perleberg, Katrin; Herrmann., Markus

Veröffentlichungsversion / Published Version

Rezension / review

**Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:**

Verlag Barbara Budrich

#### **Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:**

Perleberg, K., & Herrmann., M. (2006). Gesundheit und Krankheit als Bildungsprozess - zur Bedeutung des Subjekts in der Medizin. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*, 7(2), 335-338. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-278014>

#### **Nutzungsbedingungen:**

*Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>*

#### **Terms of use:**

*This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>*

Katrin Perleberg, Markus Herrmann

## Gesundheit und Krankheit als Bildungsprozess – Zur Bedeutung des Subjekts in der Medizin

### Sammelrezension zu:

Norbert Schmacke (2005): *Wie viel Medizin verträgt der Mensch*. Bonn & Bad Homburg. KomPart (2. Auflage), ISBN 3-9809562-2-9. €11,80

Trisha Greenhalgh, Brian Hurwitz (Hrsg.) (2005): *Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin*. Bern, Göttingen, Toronto & Seattle. Verlag Hans Huber, ISBN 3-456-84110-8. €29,95

Jörg Frommer (Hrsg.) (2006): *Biographieforschung in der psychosomatischen Medizin*. In: *Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung und klinische Praxis*, 8. Jg. 1/2006. Gießen. Psychozial-Verlag, ISBN 1436-4638. €14,90

Eine zunehmend alternde Gesellschaft, finanzieller Ruin der gesetzlichen Krankenversicherung, mehr Eigenverantwortung und Beteiligung der Versicherten, Wachstumsmarkt Gesundheit: Schlagworte wie diese führen die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion um die Zukunft des Gesundheitswesens in Deutschland an. Untergangsvisionen der solidarisch finanzierten Krankenversicherung und eine künftige Zwei-Klassen-Medizin machen die Runde. Eher im Hintergrund stehen dabei Fragen nach dem Verhältnis von medizinischem Aufwand und Nutzen für die Patienten, kritisiert der Gesundheitswissenschaftler und Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung der Universität Bremen *Norbert Schmacke*. In „Wie viel Medizin verträgt der Mensch?“

ZBBS, 7. Jg. Heft 2/2006, S. 335-352

stellt er den ‚blinden‘ Glauben an den medizinischen Fortschritt in Frage. Höher, schneller, weiter – so stellt sich der weit verbreitete Glaube an eine Medizin dar, die immer neue Höchstleistungen verspricht. Bedeutet dies auch automatisch das Beste für den Patienten? Schmacke inspiziert eine Branche, die mit allzu optimistischen Heilungsversprechen unrealistische Erwartungen weckt. Paradox erscheint dabei, dass der medizinische Fortschritt gleichsam die Medikalisierung des Alltags mit sich bringt, und ‚normale‘ Lebensläufe sich zunehmend einer Pathologisierung immer weniger entziehen können. ‚Befindlichkeitsstörungen‘ erhalten als somatoforme Störungen Krankheitsstatus und Frauen werden z. B. nach der Menopause von den Gynäkologen als ein ‚Hormonmangelwesen‘ angesehen, dem mit einer Hormontherapie geholfen werden müsse.

Waren die Ärzte noch weit bis in das 20. Jahrhundert hinein in ihrer Rolle als lindernder und tröstender Begleiter von Kranken tätig oder verordneten fragwürdige bis gefährliche Radikalkuren, so werden heute Ärzte in ihren spezifischen Fachdisziplinen zu Anwendern von zum Teil hochspezialisierten Diagnose- und Behandlungstechniken ausgebildet. Anti-Aging-Offerten, Masseneinsatz von Stimmungsaufhellern, Anwendungen der Gentechnologie sind Beispiele, die Schmacke aufgreift und unter gesundheitspolitischen Aspekten diskutiert. Die Zunahme chronischer Krankheiten ist somit nicht allein der veränderten Demographie geschuldet, sondern auch einer modernen Medizin, der es gelingt in immer feinere Bereiche des menschlichen Körpers vorzudringen und Auffälligkeiten zu pathologisieren und zu medikalisieren.

Wie viel Entscheidungsspielraum bleibt bei so viel Fortschritt den Patienten unterschiedlicher sozialer Milieus? Können sie sich überhaupt noch gegen die systematischen Grenzüberschreitungen der Medizin wehren? Schmacke ist davon überzeugt, dass ein überlegter Einsatz von Medizin so manche Debatte über die gerechte Verteilung immer knapper werdender Ressourcen überflüssig machen würde, wenn die Ärzteschaft bereit wäre, Entscheidungen von Laien mehr Respekt zu zollen. Moderne Medizin müsse sich samt ihren Versprechungen weitaus stärker als heute wissen-

schaftlich fundierten Qualitätskontrollen stellen, so sein Credo.

Eine spannende und notwendige Ergänzung zur Evidence-based Medicine, dem aktuellen Credo von Rationalität aus der modernen Medizin heraus, stellt die Narrative-based Medicine dar. In „Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin“ konzipierte die britische Allgemeinmedizinerin und Dozentin *Trisha Greenhalgh* zusammen mit dem Allgemeinarzt und Dozenten *Brian Hurwitz*, narrativ basierte Medizin als subjektzentrierte, kritische Erweiterung der Evidence-based Medicine. Greenhalgh verbindet Evidence-based Medicine und Narrative-based Medicine folgendermaßen:

„Ich hoffe, Sie in diesem Kapitel davon überzeugen zu können, dass der praktizierende Arzt nicht einen Jota von den Prinzipien der klinischen Epidemiologie (Evidence-based-Medicine) aufgeben muss, wenn er den narrativen Charakter des Krankheitserlebens und die intuitiven und subjektiven Aspekte der ärztlichen Kompetenz anerkennt. Ein solcher Ansatz verlangt auch keine Umkehrung der Evidenzhierarchie, wodurch eine persönliche Anekdote bei der Entscheidungsfindung mehr Gewicht erhalte als eine randomisierte-kontrollierte Studie. Und ferner werde ich zeigen, dass echtes evidenzbasiertes Praktizieren in Wahrheit ein interpretatives Paradigma voraussetzt, in dessen Rahmen der Patient seine Krankheit erlebt und die Begegnung von Arzt und Patient stattfindet.“ (S. 295f.).

Sie kritisiert, dass die klassischen Lehrpläne der Medizin sich auf das sachliche, mechanische Lernen von physiologischen Prozessen und Krankheiten konzentrieren (Greenhalgh/Hurwitz, S. 167). Um die Versorgung zu verbessern, müsse sich das Selbstverständnis des gesundheitlichen Versorgungssystems wandeln. Ziel sollte es sein, eine kontinuierliche Behandlung zu gewährleisten, die sich von der ausschließlichen Akutversorgung wegbewegt. Bezugnehmend auf die Medizinhistorikerin und Ethikerin Hunter versteht Greenhalgh Medizin als kasuistisches Fach. Die „Entscheidungen werden nicht durch unumstößliche Regeln gesteuert, sondern durch konkurrierende Maximen (...) wie Juristen, Literaturkritiker, Historiker und auch alle anderen, die nach wissenschaftlichen Beweisen su-

chen, sehr wohl wissen, gibt es keine selbstinterpretierenden Texte. Als Regeln sind diese Maximen deshalb bedingungslos kontextuell.“ (Hunter nach Greenhalgh, S. 301). Darin kann ein Anhaltspunkt gesehen werden, wie eine Verbesserung von Behandlungsergebnissen durch die Optimierung der Arzt-Patient-Kommunikation erreicht werden kann, im Sinne der Forderungen von Schmacke (S. 70). Greenhalgh und Hurwitz thematisieren den Kontext ‚Krankheit und Biographie‘, indem sie Patienten bitten, über ihre Krankheitsgeschichte zu erzählen. Auf der Grundlage dieser Erzählungen kann dann das subjektive Krankheitserleben aus der Patientenperspektive rekonstruiert werden. Zudem spielen neben den Erzählungen der Patienten auch Körperbeobachtungen eine große Rolle bei der Rekonstruktion. In ihrem Buch erläutern die Autoren zunächst die Bedeutung der Narration für die Medizin. Beispielhaft verdeutlichen sie diese an der kontinuierlichen Versorgung und langfristig angelegten Arzt-Patienten-Beziehung in der hausärztlichen Praxis. Dort gehören Patientengeschichten zum Grundwerkzeug und dokumentieren als Aufzeichnung in der Krankenakte über einen langen Zeitraum die Beschwerden des Patienten, sowie dessen Umgang mit ihnen. Somit stellt die Krankenakte bei all ihren Einschränkungen zudem für viele Patienten die einzige nachhaltige schriftliche Aufzeichnung ihres Lebens dar. Sie erzählen von Ereignissen, Personen, Gefühlen manchmal voller Dramatik, Spannung und Überraschung. Diese Geschichten machen die besondere Beziehung zwischen Patient und Hausarzt aus. Erst das Verstehen und die Begleitung macht eine Linderung der Krankheit möglich. Greenhalgh und Hurwitz zeigen ferner auf, wie schwierig es sein kann, Krankheits-symptome und äußere Umstände zwischen den Zeilen des Erzählten herauszuarbeiten. Ein weiteres Projekt beschäftigt sich mit Geschichten über Kinderepilepsie. In diesem Beitrag von Weinbren und Gill (S. 83ff.) wird anhand von Erzählungen von Kindern über ihr Epilepsieleiden aufgezeigt, welche tiefgreifenden Auswirkungen die Krankheit auf das Leben der Kinder hat.

Im Themenschwerpunkt „Biographieforschung in der psychosomatischen Medizin“

von Heft 1 des 8. Jahrgangs der Zeitschrift *Psychotherapie & Sozialwissenschaft* stellt *Jörg Frommer*, Psychosomatiker am Universitätsklinikum Magdeburg, ebenfalls die Lebensgeschichten von Patienten in den Mittelpunkt des Interesses. Die hier vertretenen Projekte sollen dazu beitragen, „dem subjektiven Erleben der Erkrankten besser gerecht zu werden“ (S. 5). Zugleich wird versucht zu zeigen, „wie die für die Psychosomatik konstitutive Forderung nach einer am Personenbegriff orientierten Medizin wissenschaftlich eingelöst werden kann“ (S. 5).

Die Arbeitsgruppe um *Jörg Frommer* untersuchte in ihrer Studie „Normalisierung durch Übernahme der Patientenrolle (...) bei Patienten mit akuter Leukämie“ die subjektiven Krankheitsvorstellungen, Behandlungserwartungen und Bewältigungsstrategien zu Beginn des zweiten stationären Chemotherapiezyklus. Methodisch kamen die *Grounded Theory* und die qualitative Inhaltsanalyse zur Anwendung. Die Ergebnisse zeigten, dass die subjektive Krankheitsvorstellung einen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung nahm. Weiter konnte festgestellt werden, dass die Unsichtbarkeit der Erkrankung und die Nicht-Lokalisierbarkeit der Krankheit im Körper ebenfalls Einfluss auf den Umgang mit der Leukämie haben. Für das Krankheitserleben und die Krankheitsverarbeitung, werden neben dem Wesen der Krankheit auch die Ursache, Beeinflussbarkeit und Prognose als relevant betrachtet.

Im zweiten Beitrag präsentiert *Michael Langenbach* die Ergebnisse einer Interviewstudie zur Bedeutung der Biographie für das subjektive Erleben einer Herztransplantation. Die Studie wurde mit 18 Patienten durchgeführt, die vor und nach der Herztransplantation mittels narrativer Interviews befragt wurden. Mit Hilfe der *Grounded Theory* konnten fünf unterschiedliche idealtypische Formen der Bewältigung dieses Eingriffs herausgearbeitet werden. Höchst interessant ist das Ergebnis, dass für die subjektive Bewertung des Eingriffs die biographische Einordnung der Herztransplantation wichtiger war, als etwa das tatsächliche Auftreten körperlicher Komplikationen.

Die Arbeitsgruppe um *Burghard F. Klapp* von der *Charité*, Berlin, widmet sich in ihrer Studie den Problemkonstellationen

biographischer Arbeit vor und nach einer Leberlebenspende. Anhand von zwei Fallbeispielen werden die Beweggründe für eine Lebenspende aufgezeigt, wodurch ein Beitrag zur Verbesserung der Patientenbetreuung geleistet werden soll. Mit den Betroffenen wurden vor und sechs Monate nach der Spende Leitfadenterviews geführt. Die Ergebnisse zeigen, dass aufgrund des Zeitmangels die Entscheidung zur Lebenspende meist mit einer großen Ungewissheit und einer eingeschränkten Auseinandersetzung mit den Folgen verbunden ist. Aufgrund des Mangels an Organen sowie des Drucks der jeweiligen Familie bzw. des Umfeldes, scheint die Auseinandersetzung mit den Folgen und Risiken dieses Eingriffs nachrangig zu sein. Ebenso scheint der Mangel an Zeit einen enormen Druck auf die Patienten auszuüben. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Entscheidung zu einer Spende getroffen wurde, ehe die Spender ihren Entscheidungsprozess vollständig abgeschlossen hatten. Die konsequente Auseinandersetzung mit den zum Teil einschneidenden Auswirkungen auf das weitere Leben des Spenders scheint zunächst zu entfallen. Eine Aufarbeitung erfolgt zumeist erst nach dem Eingriff.

Im Beitrag der Arbeitsgruppe um *Fritz Schütze* „Sozialwissenschaftliche Biographieanalyse von chronisch kranken Patientinnen auf der empirischen Grundlage des autobiographisch-narrativen Interviews“ werden die von Schütze entwickelten Prozessstrukturen des Lebensablaufs (biographische Handlungsschemata, Verlaufskurven des Erleidens, institutionelle Ablaufmuster des Lebensablaufs und biographische Wandlungsprozesse) am Beispiel der Lebensgeschichte einer jungen Patientin mit Morbus Crohn dargestellt. Bei diesen Patienten scheint die Physiognomie der Erkrankung einen enormen Einfluss auf den Umgang mit der Krankheit zu haben. Neben den Auswirkungen und dem Wesen der Erkrankung werden auch biographische Ressourcen und Voraussetzungen untersucht. Es wird deutlich, dass die Krankheitsbewältigung einen permanenten Lernprozess darstellt, bei dem neben individuellen biographischen Aspekten auch soziale Rahmenbedingungen das Krankheitserleben beeinflussen. Dieser Beitrag eignet sich zum Herausfinden von ersten Teiler-

gebnissen und besonders zur Veranschaulichung der methodischen Schritte bzw. der Darstellung der Narrationsanalyse.

Die drei rezensierten Arbeiten von Schmacke, Greenhalgh und Hurwitz sowie Frommer zeigen, dass die subjektive Seite der Medizin zunehmend in Forschung, Versorgung und auch gesundheitspolitisch erkannt wird. Linguistik, empirische Sozialforschung und humanistische Psychologie verfügen seit Jahrzehnten über Forschungsmethoden, die eine wissenschaftliche Aufarbeitung dieser Phänomene möglich machen. Auch in wissenschaftlichen Fachzeitschriften wird qualitativen und hermeneutischen Verfahren mehr Raum gegeben. Dennoch besteht die Gefahr, dass durch eine Medizin, die all zu stark auf Evidence-based Medicine setzt, dieser Raum untergraben wird, da in diesem Konzept Kasuistiken der geringste Stellenwert an Evidenzbasierung eingeräumt wird.

Alle drei Bücher weisen die Gemeinsamkeit auf, dass Patientengeschichten nicht nur die reine Krankengeschichte beinhalten, sondern auch die Einflüsse des sozialen Umfeldes und deren Auswirkungen auf den Krankheitsumgang. Durch diese Erzählungen sei den Autoren des von Greenhalgh und Hurwitz herausgegebenen Buches zufolge nicht nur die Rekonstruktion des Selbst möglich, sondern die Narration ermögliche dem Patienten auch eine bessere Auseinandersetzung mit seiner Krankheit sowie mit den signifikanten Anderen.

Nach Schmacke müsste auch die medizinische Ausbildung an den Universitäten verändert werden und „ein Leben mit Krankheit und Behinderung zum zentralen Thema der Versorgung gemacht werden“ (S. 19). Schmacke teilt die Meinung von Greenhalgh und Hurwitz, dass eine ganzheitliche Betrachtung von Krankheit eingeführt werden müsste. Dies würde dann ein individuelles Behandlungskonzept für die Patienten nach sich ziehen. Zu dieser individuellen Betreuung von Erkrankten gehören die umfassende Aufklärung und eine verbesserte Informationsbasis für einen Austausch zwischen Arzt und Patient. Durch diesen Austausch zwischen Arzt und Patient sei ein Perspektivenwechsel möglich und damit die Verbesserung des Behandlungsverlaufs. Das setzt voraus, dass der Arzt in der Lage ist, sich in die Lebenswelt des Patienten und

seine Weltsicht hineinzudenken. Er muss konkrete Vorstellungen darüber haben, wie der Patient u. a. mit den Anforderungen des Berufes und der Freizeit fertig wird. Der Arzt sollte das Familienarrangement des Patienten kennen und wissen, wie es in der Familie um die soziale Unterstützung steht oder ob der Patient alleine auf sich gestellt ist, ob die Familie den Patienten bei der tagtäglichen Krankheitsbewältigung unterstützt oder nicht. Letztlich und insgesamt muss der Arzt erkennen, welchen Lebensstil der Patient in Bezug auf sein eigenes Gesundheitsmanagement anstrebt und dies ist nur mit Hilfe der Narration möglich.

Schmacke fordert einen höheren Stellenwert von Kommunikation in der Medizin, beispielsweise bei der Aufklärung und Einbindung von Patienten in den Behandlungsprozess. Die Ansätze der qualitativen Sozialforschung, insbesondere die Ansätze von Glaser und Strauss, seien dabei unverzichtbar. Schmacke betont die Bedeutung der Verbesserung der ärztlichen Versorgung und die daraus resultierenden Veränderungen für den Patienten. Durch diese Veränderung komme es zu Bildungsprozessen bei den Patienten, auf die Schmacke leider nicht weiter eingeht. Qualitative Forschung sieht er, ebenso wie die anderen Autoren, als einen Weg, um die Lebenswelten der Patienten besser zu verstehen und diese Erkenntnisse in die Behandlung zu integrieren. Schmacke teilt die Meinung von Greenhalgh und Hurwitz, dass narrative Medizin nicht als Gegensatz zu evidenzbasierter Medizin zu verstehen ist, sondern vielmehr als deren Ergänzung. Durch mehr Narration in der Medizin können, dabei sind sich die Autoren der drei rezensierten Arbeiten einig, erhebliche Verbesserungen in der Behandlung und Betreuung der Patienten erreicht werden. Sie fordern eine Integration dieses Ansatzes in die Ausbildung der Mediziner, um das subjektive Erleben der Patienten berücksichtigen zu können, und somit eine ausgeglichene Beziehung zwischen Arzt und Patient herstellen zu können. Gerade bei chronischen Krankheiten nimmt das Expertenwissen der Patienten und die Beobachtung des eigenen Körpers eine enorme Position bei der Lebensgestaltung mit der Krankheit ein. Die Kommunikation über das Erlebte gewinnt somit in der Behandlung zunehmend an Bedeutung.