

Der Hausarzt als Erfinder: eine praxisorientierte Verortung

Ortmann, Karlheinz

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Ortmann, K. (1999). Der Hausarzt als Erfinder: eine praxisorientierte Verortung. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 22(3), 261-272. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-37078>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

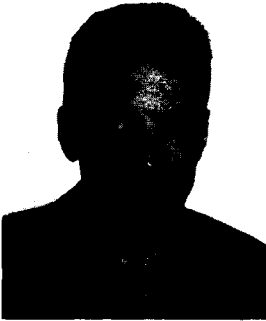
Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Der Hausarzt als Erfinder Eine praxistheoretische Verortung

Karlheinz Ortmann



1 Hintergrund

Im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen steht eine Version ärztlicher Tätigkeit, der eine herausragende Bedeutung für die Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik zukommt. Es geht um die Tätigkeit der Hausärzte, die für viele Menschen im Krankheitsfall erste und oft auch letzte Anlaufstellen sind. Gesundheitspolitisch ist aktuell eine Stärkung der Position dieser Ärzte im Gesundheitsversorgungssystem beabsichtigt. Einerseits wird diskutiert, den derzeit möglichen direkten Zugang der Erkrankten zu Fachärzten einzuschränken, so dass der Zugang von Leistungen der ambulanten Gesundheitsversorgung in erster Linie über Hausärzte erfolgt. Diese sollen auch verstärkt „Lotsenfunktionen“ übernehmen, indem sie – um bei dieser Metapher zu bleiben – Patienten sicher durch die „Untiefen“ der Gesundheits- und Sozialversorgung manövrieren. Es wird erwartet, dass auf diese Weise aufwendige und unnötige fachärztliche Diagnose- und Behandlungsverfahren vermieden und Kosten gesenkt werden können.

Andererseits ist festzustellen, dass in den letzten Jahren in der ambulanten medizinischen Versorgung eine stetige Zunahme von niedergelassenen Fachärzten zu verzeichnen ist. Vieles spricht dafür, dass sich diese Entwicklung nicht umkehren wird; denn hierin spiegelt sich die fortschreitende Ausdifferenzierung in der Medizin, in deren Folge zunehmend ärztliche Spezialisten herausgebildet werden. Die wichtigen Funktionen von Hausärzten und der politisch beabsichtigte Aufgaben- und Bedeutungszuwachs im Gesundheitsversorgungssystem haben bisher keine Entsprechung in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung gefunden.

Bis heute ist es auch nicht ausreichend gelungen, die Besonderheiten hausärztlichen Denkens und Handelns in Fragen von Gesundheit und Krankheit als professionelles Denken und Handeln zu begründen und dieses im professions- und praxistheoretischen

Diskurs als eine eigenständige Version von Medizin, des Arztseins und ärztlichen Handelns einzubringen und zu vertreten. Im Folgenden wird deshalb der Versuch unternommen, praxistheoretische Grundlagen und Begründungen für hausärztliches Denken und Handeln aus sozialwissenschaftlicher Perspektive zu entwickeln und aufzuzeigen. Während die aktuelle Gesundheitspolitik vornehmlich auf eine günstige strategische Positionierung von Hausärzten abzielt, soll dieser Beitrag die fachlich-inhaltliche Dimension dieses Vorhabens beleuchten und auf diese Weise zur Diskussion über die Bedeutung von Hausärzten in der Primärversorgung anregen.

Die Ausführungen basieren im Wesentlichen auf einer qualitativen sozialwissenschaftlichen Untersuchung, in der 25 Patienten mit langwierigen funktionellen Beschwerden und die sie behandelnden 8 Hausärzte in problemzentrierten Interviews jeweils zum Krankheits-, Behandlungs- und Versorgungsverlauf befragt wurden (vgl. Ortmann 1998). Die aus dem Datenmaterial generierten ärztlichen (Be-)Handlungsmuster und deren theoretische Bewertungen bilden den inhaltlichen Kern dieser Arbeit.

2 Was ist ein Hausarzt?

Folgt man dem Sozialgesetzbuch (SGB), in dem festgelegt ist, dass sich die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Bereich (§§ 73 SGB V) gliedert, dann haben Hausärzte folgende Aufgaben:

1. „Die allgemeine und fortgesetzte Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,
2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
4. die Einleitung oder Durchführung präventiver oder rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen (§ 73, (1) SGB V).“

Bis Ende 1995 mussten bzw. konnten sich Ärzte ohne Gebietsbezeichnung (praktische Ärzte), Ärzte für Allgemeinmedizin, Internisten und Kinderärzte diesem hausärztlichen Versorgungszweig lediglich formal zuordnen, um sich fortan als Hausärzte bezeichnen zu können. Dies war jedoch nicht an ein bestimmtes Wissen und Können der Ärzte gekoppelt. Da in der Bundesrepublik bis heute keine systematische Vorbereitung auf eine Tätigkeit als Hausarzt erfolgt, war und ist letztlich jeder niedergelassene Arzt auf sich gestellt und muss mehr oder weniger autodidaktisch herausfinden, wie er dieses Feld ausgestalten will, welches Wissen und Können er einbringt oder für notwendig erachtet.

Ärzte werden im Verlauf ihrer grundständigen Ausbildung auf besondere Weise fachlich und beruflich sozialisiert und sind deshalb für ihre Tätigkeit als niedergelassene Ärzte „vorgeprägt“. Folgende Aspekte seien genannt:

■ *Das biomedizinische Modell*

Ärzten ist gemeinsam, dass sie über Spezial- oder Expertenwissen verfügen, das in theoretischen und klinischen Fachabteilungen von Universitäten gelehrt und gelernt wird. Ärztliches Wissen und Können rankt sich um das biomedizinische Modell, mit dem sich gesundheitliche Probleme allgemein als Zeichen für Störungen im Kontext des menschlichen Körpers erklären und behandeln lassen. Krankheit und Gesundheit stellen sich nach diesem Modell als biologisch-physikalisch-chemische Vorgänge im menschlichen Körper dar, dessen Störungen oder Defekte durch biomedizinische Behandlung repariert werden können. Diese Biomedizin strebt über regelgeleitete und objektivierbare Verfahren nach naturwissenschaftlicher Exaktheit und Objektivität mit weltweiter Gültigkeit und hat sich von gesellschaftlichen und kulturellen Kontexten abgekoppelt.

■ *Das Studium*

Ärzte lernen im Studium systematisch gesundheitliche Probleme biomedizinisch zu erklären und zu behandeln. Sie werden zu klinisch-spezialistischen „Medizinem“ ausgebildet und in ihre Expertenrolle hineinsozialisiert. Psychosoziale Aspekte von Gesundheit und Krankheit haben im Studium nur einen geringen Stellenwert und werden in eher randständigen Fächern wie Sozialmedizin, Medizinische Soziologie, Medizinische Psychologie und Psychosomatik vermittelt. Ärzte lernen im Studium nicht systematisch, wie ein „ärztliches Gespräch“ geführt wird und wie Menschen mit Beschwerden bzw. Krankheiten in Situationen behandelt werden (vgl. z. B. Gaßmann 1997). Eine Reform des Medizinstudiums (vgl. Habbeck et al. 1993, Robert Bosch Stiftung 1995), bei der andere Lehr- und Lernformen sowie eine andere Gewichtung der Studieninhalte beabsichtigt sind, steht bis heute aus.

■ *Die Wissensproduktion*

Die Wissensproduktion und Wissensvermittlung erfolgt in der medizinischen Forschung und Ausbildung primär in klinisch-universitären Institutionen, in denen sich das gesamte Spektrum biomedizinischen Wissens und Könnens bündelt. Die Wissensproduktion und Wissensvermittlung in „ambulant-allgemeinärztlicher Medizin“ bleibt dagegen marginal. Es hat sich eine Hierarchie des Wissens und Könnens im Sinne des medizin-wissenschaftlichen Ideals herausgebildet, an deren Spitze die spezialisierten Kliniker in der stationären Gesundheitsversorgung stehen und

deren Schlusslicht die niedergelassenen Allgemeinärzte in der ambulanten Gesundheitsversorgung zu bilden scheinen.

Vor dem Hintergrund dieser ärztlichen Ausbildung und dem Monopol der Klinik auf die Wissensproduktion und Wissensvermittlung wird verständlich, dass es Ärzte nicht leicht haben, eine *hausärztliche Version* von Medizin zu entwickeln und professionell zu vertreten. Das gelernte klinisch-medizinische Spezialwissen und Können kann nicht immer in die hausärztliche Behandlungspraxis übernommen werden. Es muss in Teilen aufbereitet und in wichtigen Teilaspekten erst erworben werden. Dr. N., ein hausärztlich tätiger Internist, der viele Jahre im Krankenhaus gearbeitet hat, bringt dies in einem Interview zum Ausdruck, wenn er angesichts seiner Erfahrungen in der Niederlassung resümiert: „Ich bin ja auch erst drei Jahre dabei“. Als niedergelassener Hausarzt fand er eine andere Welt vor und kann oder muss um- bzw. dazulernen.

Mit Blick auf alle im Rahmen der o. g. Untersuchung kontaktierten Hausärzte – also auch diejenigen Ärzte einbeziehend, mit denen der Autor persönlichen Kontakt hatte, ohne dass es zu einem patientenbezogenen Interview kam – zeigt sich, dass ein Teil der Hausärzte bemüht ist, das klinisch-medizinische Wissenschaftsideal zu erhalten, indem sie versuchen, das biomedizinische Spezialwissen und Können in die Niederlassung hinüberzunehmen und dort anzuwenden. Ein anderer Teil addiert Qualifikationen wie Naturheilverfahren, Homöopathie, Akupunktur, Psychotherapie etc. als „Zusätze“ zur biomedizinischen Grundqualifikation hinzu, weil sich das Gelernte nicht ohne weiteres auf die Bedingungen in der ambulanten Versorgung übertragen lässt oder sich als unzureichend erweist. Eine weitere Gruppe von Ärzten – und auf diese beziehen sich die folgenden Überlegungen – lässt sich von den Patienten und ihren Hilfswünschen leiten und praktiziert eher intuitiv eine bio-psycho-soziale Version des Hausarztseins. Diese Ärzte zeichnen sich insbesondere durch eine *respektvolle patientenzentrierte Haltung* sowie eine *lebens- und alltagsweltliche Orientierung* ihres Denkens und Handelns aus. Sie reduzieren ihre Patienten nicht auf eine Rolle als „Symptomträger“, sondern nehmen sie als Menschen in Situationen mit gesundheitlichen Problemen wahr und behandeln sie entsprechend. Diese Ärzte anerkennen *multidimensionale Zusammenhänge* zwischen gesundheitlichen Problemlagen und den Lebens- und Alltagssituationen ihrer Patienten, die sie *multiperspektivisch* zu bearbeiten versuchen.

Diese in der Untersuchung herausgearbeiteten Merkmale ärztlichen Handelns der letztgenannten Gruppe werden vor allem in der allgemeinmedizinisch ausgerichteten Literatur als charakteristisch für Hausärzte beschrieben. Nach Schaub (1999) zeichnen sich diese „durch die besondere soziale Nähe, die Langzeitbeobachtung der Biographie und einen Einblick in die Familien und den übrigen bedeutsamen sozialen Kontext“ (1999, S. 4) der Patienten aus. Hesse (1994) unterscheidet die medizinische Subwelt der Klinik, in der „immer gleiche Erkrankungen an verschiedenen Menschen“ behandelt werden,

von der Subwelt der hausärztlichen Praxis, in der „überwiegend die gleichen Menschen mit verschiedenen Gesundheitsstörungen und Krankheitsepisoden“ (1994, S. 656) gesehen werden. Uexküll (1997) trennt zwischen „einer ‚Medizin der komplexen Zusammenhänge‘ zwischen Patienten, ihren Familien, Berufsproblemen und dem praktischen Arzt auf der einen Seite und einer Medizin der partikulären Sichtweise der Fachspezialisten auf der anderen“ (1997, S. 13).

Zu Hausärzten kommen die Menschen mit ihren gesundheitlichen Problemen häufig zuerst, um sich von ihnen behandeln oder in ambulante und/oder stationäre fachärztliche Behandlung delegieren zu lassen. Die Hausärzten präsentierten vielfältigen gesundheitlichen Probleme stimmen auch nicht immer mit den klinisch beforschten Symptomen und gesicherten Krankheitsbildern überein (vgl. Abholz 1998; Keller 1979). In der hausärztlichen Praxis stehen nicht so sehr spezifische Krankheitsbilder im Vordergrund, sondern ein „allgemeiner Patient“, (...) der typischerweise durch aus medizinischer Sicht vergleichsweise undifferenzierte Probleme charakterisiert ist“ (Köhle/Bahrs 1990, S. 32). Schaub (1999) folgert, dass Hausärzte ein völlig eigenständiges Profil gegenüber Fachärzten haben. „Sie sind in ihrem Selbstverständnis als Ärzte ‚Generalisten‘, die in der Regel die medizinische Erst- und Basis- sowie die Langzeitversorgung der Patienten durchführen und mit ihren Patienten und deren Angehörigen Lebensbegleiter in wichtigen Fragen der Gesundheit und Krankheit sind“ (1999, S. 4). Es ist also festzuhalten, dass niedergelassene Ärzte nicht allein deshalb schon Hausärzte sind, weil sie auch Hausbesuche durchführen. Hausärzte sind Ärzte, die das „Haus“ – die Menschen in ihren *Lebenssituationen* und *Alltagsbezügen* – kennen und *Krankheitssymptome* in diesem Kontext als *Aspekte eines umfassenderen „Krankseins“* (Abholz 1992) wahrnehmen, verstehen und behandeln.

3 Fundiertes und experimentelles Handeln

Anhand aller im Rahmen der Untersuchung erfassten Behandlungsverläufe und Interaktionen lässt sich ärztliches Handeln bündeln und zu zwei idealtypischen Behandlungsmustern verdichten. Beide Muster verweisen einerseits auf zwei Versionen des Arztseins und ärztlichen Handelns – etwa auf den Facharzt, der angesichts des medizin-technischen Fortschritts immer mehr zum Gesundheitsingenieur zu mutieren droht, oder auf den Hausarzt, der das „Haus“ und den „ganzen Menschen“ im Blick hat und sich als Forscher im Handlungsvollzug versteht. Andererseits sind die Muster generell in der Rolle des Arztes eingebaut. Insofern lassen sie sich als die Pole eines breiten Spektrums ärztlichen Handelns verstehen, zwischen denen sich konkretes (Be-)Handeln jeweils entwickelt.

3.1 Fundiertes Handeln

Das erste Muster ist durch „fundiertes Handeln“ gekennzeichnet, das durch gesellschaftlich anerkannte und etablierte Theoriemodelle sowie die daraus entwickelten erprobten und bewährten Behandlungskonzepte geleitet wird. Ärzte greifen beispielsweise auf die (bio-)medizinischen Wissensbestände mit ihren Vorgaben und Regeln zurück und wenden diese in der Diagnostik und Behandlung an. Besonders deutlich wird dies bei gesundheitlichen Beschwerden, die von Ärzten als Zeichen einer akuten und lebensbedrohlichen Erkrankung gedeutet werden. In einer solchen Notsituation sind standardisierte und routinisierte Handlungsabläufe unabdingbar, wenn der betreffende Patient keinen Schaden nehmen soll. Der Rückgriff auf Theoriemodelle und Behandlungskonzepte bietet Ärzten Orientierung und Sicherheit. Ärzte sichern ihre Handlungsfähigkeit, wenn sie Behandlungskonzepte als vorbereitete Handlungsfolien (vgl. Luckmann 1992) verwenden, auf denen Problemdefinitionen als Diagnosen und Problemlösungen durch die Anwendung spezifischer Methoden und Techniken bereits plausibel vorgezeichnet sind.

Praxistheoretisch lässt sich das Muster des fundierten Handelns als eine *technisch-instrumentelle* Konzeption des Behandelns verstehen und bewerten. Buchinger (1998, S. 573 ff.) erläutert dies aus grundlagentheoretischer Perspektive anhand des in seinen Grundzügen ursprünglich von Förster (1985) entwickelten Modells der Trivial-Maschine, deren wesentliche Eigenschaften im Folgenden skizziert werden. Technisch-instrumentelles Handeln stellt sich danach als eine Trivial-Maschine dar, die als eine wirkliche Maschine, wie z. B. ein Auto, vorzustellen ist und die nach dem Ursache-Wirkungs-Prinzip funktioniert. Das Innenleben einer Trivial-Maschine ist unter der Voraussetzung der Kenntnis der Teile und des auf Kausalität beruhenden Bauplans durchschaubar. Vorgänge in der Maschine sind berechenbar, wiederholbar und eindeutig. Sie sind richtig oder falsch. Abweichungen stellen Fehler dar, die korrigiert werden müssen. Die Maschine lässt sich von außen steuern. Der Steuernde beherrscht die Maschine und bildet keine Einheit mit ihr.

Übertragen auf ärztliches Handeln stellt die Trivial-Maschine den Gegenstand und das Prinzip biomedizinischer Behandlung dar. Ihr Gegenstand sind kausal erklärbare Körperzustände, auf die Ärzte als Experten mit entsprechendem Spezialwissen und Können Einfluss nehmen. Biomedizinische Handlungskompetenz ist gekennzeichnet durch die technisch-instrumentelle Anwendung korrekten Wissens.

Diese Konzeption des Behandelns dominiert in der Medizin und ist u. a. deshalb so verbreitet und machtvoll, weil Ärzte – wie wohl auch andere helfende Professionen – eine Sehnsucht nach Klarheit und Wahrheit haben. Über Trivialisierungen bzw. die Reduktion von Komplexität lassen sich die gesundheitlichen Probleme der Patienten lösen oder zumindest kontrollieren. Dies wird ähnlich auch in ärztlich-psychotherapeutischen Behandlungsformen versucht. In der Diagnostik und Behandlung von Patienten mit

„psychosomatischen Beschwerden“ greifen fundiert handelnde Ärzte – je nach Qualifikation – auf verschiedene psychogenetische Theoriemodelle und Behandlungskonzepte zurück und wenden diese so an, dass der je besondere Fall in eine Theorie und ein Konzept eingeordnet werden kann und damit „zugerichtet“ wird.

3.2 Experimentelles Handeln

Indem Hausärzte Komplexität zulassen und ihre Patienten als Menschen in Situationen mit gesundheitlichen Problemen – also biopsychosozial – wahrnehmen, verstehen und behandeln, stoßen sie an die Grenzen fundierten Handelns. Problemdefinitionen (Diagnosen) verlieren ihre Klarheit und Problemlösungsstrategien (Behandlungskonzepte) ihre universelle Gültigkeit. Jeder Patient und jeder Fall weist nämlich seine Besonderheiten, Widersprüche, Dilemmata, Möglichkeiten und Unmöglichkeiten auf und fordert Ärzte heraus, sich diesem „Durcheinander“ professionell zu stellen. Ausgehend von den ihnen präsentierten multidimensionalen gesundheitlichen Problemlagen und Hilfewünschen der Patienten sowie ihren gesammelten Erfahrungen experimentieren Hausärzte intuitiv. Genau dies wird von den zumeist fundiert handelnden klinischen Spezialisten als unprofessionelles oder semiprofessionelles ärztliches Handeln geringgeschätzt.¹

Praxistheoretisch stellt das Muster des experimentellen Handelns eine *fallverstehende* Konzeption des Behandeln dar. Deren Gegenstand und Prinzipien vergleicht Buchinger (1998) mit denen einer Nicht-Trivial-Maschine. Die Nicht-Trivial-Maschine – beispielsweise vorzustellen als psychische und soziale Systeme – stellt sich als ‚Black-Box‘ dar. Ihr Innenleben ist nicht ganz durchschaubar, auch dann nicht, wenn man über das korrekte Wissen verfügt. Es gibt keine Kausalität und keine isolierbaren Teile. Die internen Vorgänge sind nicht berechenbar, nicht wiederholbar und nicht eindeutig. Es gibt kein richtig oder falsch. Die Nicht-Trivial-Maschine kann mehr Zustände annehmen, als sich feststellen lässt und es ist nicht eindeutig festzustellen, welche Zustände das sind. Kurz: Sie lässt sich nicht beherrschen. Man befindet sich in einem nicht kausal festgelegten Prozess mit der Maschine und muss sich nach deren Antworten richten. Der Steuernde ist Teil der Maschine, die er steuert.

¹ Dies gilt ähnlich für die professionelle Soziale Arbeit, zu der experimentelles hausärztliches Handeln auffällige Parallelen aufweist. Soziale Arbeit ist auf multidimensionales Problemverstehen und multiperspektivisches Handeln im Umgang mit komplexen Problemzusammenhängen spezialisiert. Soziale Arbeit gilt – wie experimentelles hausärztliches Handeln auch – aus spezialistischer Perspektive immer noch eher als semiprofessionell, obwohl gerade dort wichtige Fragen zum professionellen Handeln und zu einer progressiven Qualitätsentwicklung humaner Dienstleistungen angesichts unsicherer Situationen und im Umgang mit schwer handzuhabenden Problemzusammenhängen diskutiert werden.

Gegenstand fallverstehender Behandlung sind nicht mehr *eindeutige* Probleme, die aus objektiv feststellbaren Ursachen resultieren, sondern *schwer fassbare körperliche, psychische und soziale Zusammenhänge*, die sich nur über ein Sich-Einlassen und Verstehen erschließen lassen. Fallverstehende Handlungskompetenz stellt sich als Prozesskompetenz dar, etwa über die Fähigkeit, Situationsdiagnosen von Antwort zu Antwort der Patienten neu zu erstellen oder sich von den Antworten der Patienten leiten zu lassen, im Versuch auf sie einzuwirken. Menschen sind keine Trivial-Maschinen. „Lebendige Systeme funktionieren multikomplex auf verschiedenen Ebenen (sprachlichen, kommunikativen, handlungs- und gefühlsmäßigen, körperlichen und geistigen), sie haben Muster und sind zugleich chaotisch“ (Wolff 1996, S. 13).

Gelten fundiert handelnde Ärzte im Trivial-Maschinen-Modell als Experten durch Wissen, so stellen sich Ärzte im Nicht-Trivial-Maschinen-Modell als Experten des Nicht-Wissens dar und diese – so Buchinger (1998) – müssen in der Lage sein, „an möglichst vielen Punkten des Prozesses theoriegeleitete Hypothesen sowohl über den Prozess als auch über den Patienten zu bilden“ (1998, S. 587) unter der Voraussetzung, dass nie sicher ist, ob sich Patient und Prozess auch danach richten und sich entsprechend verhalten. Experten des Nicht-Wissens müssen deshalb in der Lage sein, „alle Theorien und Hypothesen jederzeit zu verwerfen, wenn der Prozess andere Wege geht, und versuchen, neue Theorien und Hypothesen zu bilden“ (1998, S. 587). Damit werden Hausärzte zu Forschern im Handlungsvollzug einer Praxis, die Schön (1983) durch „complexity, uncertainty, instability, uniqueness and value-conflict“ (1983, S. 39) kennzeichnet und die sich mit technischer Rationalität weder erfassen noch abbilden lässt. Den Kern seiner „epistemology of practice“ bildet der Reflexionstypus des „reflection-in-action“ (1983, S. 49). Damit generieren Praktiker als „reflective practitioners“ Praxistheorien, die permanent weiterentwickelt werden, ohne zu Theoriewissen zu erstarren, das für praktisches Handeln bedeutungslos ist. „When someone reflects-in-action, he becomes a researcher in the practice context. He is not dependent on the categories of established theory and technique, but constructs a new theory of the unique case“ (1983, S. 68). „Reflection-in-action“ stellt bei Schön den Versuch dar, in einem Feld großer Unwägbarkeiten und Widersprüchlichkeiten mit ungewöhnlichen und überraschenden Situationen (neu) umzugehen, um Wege zu erkunden, über die sich (neue) Handlungsmöglichkeiten erschließen lassen. Im Kern geht es um eine Prozessspirale von verschiedenen Stufen der Wahrnehmung, des Handelns und der Überprüfung der Handlungen als eine kontinuierliche Problematisierung bzw. Evaluation von Praxis.

Darin liegt auch gleichzeitig der Schlüssel für die Entwicklung bestmöglicher Behandlungsqualität; denn experimentelles ärztliches Handeln kann als „Freibrief“ missverstanden werden, mit dem jeder Arzt mit seinen Patienten „hemmungslos“ experimentieren kann, so dass gravierende Fehler auftreten können, die zu Lasten der Patienten gehen, die als „Versuchskaninchen“ missbraucht werden. Tatsächlich gibt es angesichts von

Komplexität und Ungewissheit die Gefahr, dass Fehler unterlaufen. Dieses Behandlungsmuster ist verletzlich, anfällig für Fehler und birgt Qualitätsrisiken, denn die genannte Vielfalt des Handelns kann in Unübersichtlichkeit umschlagen. Es bietet aber auch große Chancen zur Entwicklung einer Behandlungsqualität, mit der sich möglicherweise für viele Patienten mehr *Gesundsein* erreichen lässt. Hiervon könnten in erster Linie Patienten mit chronifizierten – meist psychosomatischen – Langzeitbeschwerden profitieren, die einen Großteil hausärztlicher Alltagsarbeit ausmachen (hierzu ausführlich: Ortman 1998).

Rosenfeld (1996) schlägt im Zusammenhang mit Sozialarbeit zur Entwicklung und Fortschreibung erfolgreichen fachlichen Handelns, mit dem Qualitätsrisiken vermindert werden können, ein Konzept vor, das auf vielfältigen Erfahrungen mit „Ausgeschlossenen“ (1996, S. 3) beruht. Er nennt dies „Lernen vom Erfolg“ (1996, S. 9). Dieses Konzept lässt sich auch von experimentell handelnden Hausärzten als strategische Perspektive nutzen. Rosenfeld benennt drei wesentliche Indikatoren für Erfolg:

- „Die Person, der Hilfe zuteil wurde, nimmt wahr, dass ihr geholfen wurde.
- Es gibt einen objektiven Beweis dafür.
- Es sind keine bekannten oder erkennbaren ernsthaften negativen Folgen festgestellt worden“ (1996, S. 8).

Experimentelles Handeln schließt Theoriewissen ein. Ärzte sollten es kritisch prüfen, wo und wie es im konkreten Fall jeweils zu verwenden ist. Ärzte müssen lernen, sich selbst im Hilfeprozess zu beobachten und zu evaluieren. Über kontinuierliche „reflection-in-action“ (Schön 1983, S. 49) sollten sie „im Gehen lernen“ (Müller 1997), sich durch Selbstevaluation qualifizieren (von Spiegel 1993) und Prozesswissen, Prozesskompetenz oder – wie es Rosenfeld (1996) nennt – „umsetzbares Handlungswissen (actionable knowledge)“ (1996, S. 3) erwerben. Als konkrete Reflexionsformen bieten sich an:

- sich im Handeln „über die eigene Schulter“ (Heiner 1996, S. 102) sehen, um Distanz zu sich und seinem Handeln zu gewinnen bzw. „conversation with the situation“ (Schön 1983, S. 76) zu führen, um in eine gedankliche Auseinandersetzung mit dem Behandlungsgeschehen zu treten,
- sich mit Patienten über Fortschritte und Stagnationen im Behandlungsgeschehen auszutauschen, um das Arbeitsbündnis und die Behandlungsziele auf bestehende Kongruenzen oder Diskrepanzen zu prüfen und die Reziprozität der Perspektiven zu sichern,
- ein inter- und/oder transprofessioneller Austausch, entweder selbstorganisiert oder in einer professionell geleiteten Form als Qualitätszirkel, Balint- oder Supervisionsgruppe.

Unter professionstheoretischen Aspekten nehmen Ärzte auf diese Weise „Abschied vom Experten“ (Olk 1986), die es als ihre Aufgabe ansehen, *einfach fertiges Theoriewissen*

anzuwenden. Die *Kunst*, Behandlung in Beziehungen mit den Patienten gemeinsam zu inszenieren und Anfänge zu gesundheitsförderlichen Koproduktionen zu entwickeln (vgl. Ortmann 1999), rückt in den Vordergrund.

4 Fazit

Experimentelles hausärztliches Handeln, das sich aus spezialistischer biomedizinischer Sicht als unprofessionelles „Durchwursteln“ darstellen mag, erweist sich praxistheoretisch als der Versuch, professionell mit komplexen aufmerksamkeithen Problemlagen umzugehen. Dieses Muster verdient besondere Aufmerksamkeit, weil es in der klinisch-spezialistischen Literatur nicht beschrieben wird, obwohl Hausärzte möglicherweise häufiger so handeln und damit Behandlungserfolge erzielen. Ein Grund dafür könnte darin liegen, dass sich dieses Behandlungsmuster einer Erforschung mit traditioneller, an technischer Rationalität ausgerichteter Wissenschaft entzieht und sich auch nicht über Spezialwissen und Können „praktisch“ beherrschen und kontrollieren lässt. Experimentelle Behandlungspraxis wechselt ständig ihr Aussehen, ist unberechenbar, immer einzigartig und irreversibel und weist dennoch Muster auf.

Indem Hausärzte experimentell handelnd Verbindungslinien zwischen physiologischen, psychischen und sozialen Aspekten des *Krankseins* und des *Gesundseins* wahrnehmen und aufgreifen, wird es ihnen potentiell möglich, Patienten integrativ und damit im Sinne des biopsychosozialen Theoriemodells (vgl. Uexküll/Wesiack 1996) zu behandeln. Mit diesem wissenschaftstheoretischen Modell werden Menschen als biopsychosoziale Einheiten aufgefasst. Gesundheitliche Problemlagen lassen sich physiologischen, psychischen und sozialen Systemebenen zuordnen, die miteinander kommunizieren und durch Auf- und Abwärtsbewegungen untrennbar biopsychosozial verwoben sind. Physiologische Vorgänge wirken psychosozial und psychosoziale Vorgänge wirken umgekehrt physiologisch. Die Umsetzung des Modells in *biopsychosoziale Behandlungskonzepte* steht aus der Sicht des Autors noch aus, so dass experimentell handelnde Hausärzte hier eine Vorreiterfunktion haben könnten.

Angesichts des hohen Anteils von Patienten in der Primärversorgung mit (chronifizierten) gesundheitlichen Problemlagen, bei denen biopsychosoziale Zusammenhänge offensichtlich sind, haben fallverstehende und experimentell handelnde Ärzte als Hausärzte nicht nur eine Lotsenfunktion, die in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion besonders hervorgehoben wird. Vielmehr haben sie auch die Chancen und Möglichkeiten, einer Medizinalisierung und Medikalisation von Alltagsproblemen (vgl. Kling-Kirchner 1982) entgegenzuwirken. Dies ist ein Effekt professionellen hausärztlichen Handelns, der noch mehr Beachtung finden sollte.

Literatur:

- Abholz, Heinz-Harald, 1992: Was ist Allgemeinmedizin? In: Kochen, Michael M. (Hrsg.): Allgemeinmedizin. Stuttgart, S. 12-16.
- Abholz, Heinz-Harald, 1998: Standardisierung in der hausärztlichen Versorgung. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Jg. 29. Hamburg, S. 23-33.
- Buchinger, Kurt, 1998: Warum die Psychosomatik kein Renner wird. Systemzwänge in der Medizin. In: Psyche, Jg. 52, H. 6, S. 572-597.
- Förster, Heinz von, 1985: Sicht und Einsicht. Versuche zu einer operativen Erkenntnistheorie. Braunschweig.
- Gaßmann, Raphael, 1997: Die grundlegenden Defizite ärztlicher Ausbildung und das Lebensende der Patienten. In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis, Jg. 20, H. 4, S. 350-364.
- Habeck, Dietrich; Schagen, Udo; Wagner, Günther (Hrsg.), 1993: Reform der Ärzteausbildung. Neue Wege in den Fakultäten. Berlin.
- Heiner, Maja, 1996: Reflexion und Evaluation methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. Basisregeln, Arbeitshilfen und Fallbeispiele. In: Heiner, Maja; Meinhold, Marianne; Spiegel, Hiltrud von; Staub-Bernasconi, Silvia: Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. 3. Aufl., Freiburg, S. 104-183.
- Heiner, Maja; Meinhold, Marianne; Spiegel, Hiltrud von; Staub-Bernasconi, Silvia, 1996: Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit, 3. Aufl., Freiburg.
- Helmich, Peter; Nöring, Regina; in der Schmitt, Jürgen; Schwantes, Ulrich; Seelbach, Harald; Sohn, Wolfgang (Hrsg.), 1997: Primärärztliche Patientenbetreuung. Lehre-Forschung-Praxis. Stuttgart.
- Hesse, Eberhard, 1994: Die psychosomatische Grundversorgung. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, Jg. 88, S. 655-657.
- Keller, K., 1979: Ohne Psychosomatik kein gutes Ärzten. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Jg. 55, S. 317-320.
- Kling-Kirchner, Cornelia, 1982: Sozialarbeit im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung – ein möglicher Ansatz zur Entmedikalisierung von Alltagsproblemen? In: Soziale Arbeit, Jg. 31, H.1, S. 10-16.
- Kochen, Michael M., 1992) (Hrsg.): Allgemeinmedizin. Stuttgart.
- Köhle, M.; Bahrs, O., 1990: Der Erstkontakt in der Allgemeinmedizin: eine Chance für die biopsycho-soziale Wahrnehmung. In: Allgemeinmedizin, Jg. 19, S. 31-34.
- Luckmann, Thomas, 1992: Theorie des sozialen Handelns. Berlin.
- Müller, Burkhard, 1997: Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. 3. Aufl., Freiburg.
- Olk, Thomas, 1986: Abschied vom Experten. Sozialarbeit auf dem Weg zu einer alternativen Professionalität. Weinheim.
- Ortmann, Karlheinz, 1998: Behandlung als Koproduktion – Menschen mit funktionellen Beschwerden in ambulanter ärztlicher Behandlung. Dissertation, Fachbereich Philosophie und Sozialwissenschaften I, Freie Universität Berlin.
- Ortmann, Karlheinz, 1999: Anfänge in der Behandlung von Patienten mit langwierigen funktionellen Beschwerden. Ein Beitrag zur Weiterentwicklung hausärztlicher psychosomatischer Grundversorgung. Zur Veröffentlichung angenommen von der „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“.

- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), 1995: Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform, Arbeitskreis Mediziner Ausbildung der Robert Bosch Stiftung – Murrhardter Kreis, Schriftenreihe der Robert Bosch Stiftung, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, 3. vollst. üb. Aufl., Gerlingen.
- Rosenfeld, Jona M., 1996: Lernen vom Erfolg – Ein Schlüssel, um aus dem Schlamassel rauszukommen oder wie man Nutzer-freundliche Sozialarbeit voranbringen kann. Vortrag zum Forum "Lernen vom Erfolg", Berlin 25.9.1996. Manuskript.
- Schaub, Heinz-Alex, 1999: Langjährige Konsultationsverläufe in der Hausarztpraxis. Manuskript.
- Schön, Donald A., 1983: The Reflective Practitioner. How Professionals think in Action. New York, Basic Books.
- Spiegel, Hiltrud von, 1993: Aus Erfahrung lernen. Qualifizierung durch Selbstevaluation. Münster.
- Uexküll, Thure von, 1997: Das Allgemeine in der Medizin als Aufgabe der Allgemeinmedizin. Ein Internist über seine Beziehungen zur Allgemeinmedizin. In: Helmich, Peter; Nöring, Regina; in der Schmitt, Jürgen; Schwantes, Ulrich; Seelbach, Harald; Sohn, Wolfgang (Hrsg.): Primärärztliche Patientenbetreuung. Lehre-Forschung-Praxis. Stuttgart, S. 12-18.
- Uexküll, Thure von; Wesiack, Wolfgang, 1996: Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Uexküll, Thure von (Hrsg.): Psychosomatische Medizin, 5. neub. u. erw. Aufl. München, S. 13-52.
- Uexküll, Thure von (Hrsg.), 1996: Psychosomatische Medizin, 5. neub. u. erw. Aufl. München.
- Wolff, Reinhart, 1996: Worauf es ankommt – Aufgaben und Zukunftsperspektiven der Sozialarbeit. Vortrag auf der Internationalen Bundestagung des ÖBDS vom 8.-11. Oktober in Linz. Manuskript.

Dr. phil. Karlheinz Ortmann
Freie Universität Berlin
Fachbereich Humanmedizin
Institut für Soziale Medizin und Medizinische Psychologie
Thielallee 47
14195 Berlin
e-Mail: ortmannk@zedat.fu-berlin.de

Karlheinz Ortmann, Dr. phil., Dipl.-Soz.päd., geboren 1953, Studium der Sozialpädagogik an der Fachhochschule Ostfriesland in Emden, seit 1980 tätig am Institut für Soziale Medizin und Medizinische Psychologie der Freien Universität Berlin, Promotion in Soziologie 1998. Forschung und Publikationen zu verschiedenen sozialmedizinischen Fragestellungen, derzeitige Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitssystemforschung, Hilfeprozessforschung.