

Einleitende Thesen für einen salutogenetisch orientierten Blick auf ›chronische Krankheit‹

OTTOMAR BAHRS

»Um Lebendes zu erforschen, muss man sich am Leben beteiligen.« (Viktor von Weizsäcker 1973: 3)

Chronische Krankheit, so mag es zunächst erscheinen, bezeichnet zunächst einen Verlauf in der Zeit und ist gegenüber den Zuständen von Nicht-Krankheit einerseits und Akutkrankheit andererseits abgesetzt. Unter diesem Aspekt betrachtet ist das morphologische Substrat weniger wesentlich als die Ordnung in der Zeit, die ihrerseits weiter unterschieden werden kann (schubförmig, gleichbleibend, progredient). Zumeist unausgesprochen schwingt in der Bezeichnung »chronisch erkrankt« eine Defizitorientierung mit, die die Aspekte von Langfristigkeit, Nicht-Heilbarkeit, Einschränkung im Alltag sowie Abhängigkeit von Personen und/oder Behandlungsformen impliziert (Huppmann u. Wilker, zitiert nach Hildenbrand 1993: 133). Bruno Hildenbrand hat für eine Ergänzung dieser Perspektive plädiert:

1. Selbst für den Fall, dass Gesundung nicht möglich ist, lohnt es sich doch, den Blick auf die trotz der Erkrankung verbliebenen oder aufgrund der Erkrankung neu ausgebildeten Potentiale zu richten. Chronische Krankheit meint immer auch »bedingte Gesundheit«.
2. Zukunftsoffenheit bleibt Grundprinzip auch im Falle chronischer Krankheit, mag dies auch zunächst befremdlich wirken. Begreift man Chronifizierung als eine Stagnation des Werdens (Blankenburg, nach Hildenbrand o.J.), so lohnt der Gedanke, inwieweit eine Verflüssigung erstarrter Muster möglich ist. Dies wäre gleichbedeutend mit der Aktualisierung einer Krise

und bedarf sorgfältiger Begleitung, ist aber als grundsätzliche Möglichkeit immer mitzudenken.

Mit Bezug u.a. auf Viktor von Weizsäcker ist zu ergänzen:

3. Chronische Erkrankung stellt ein lebensveränderndes Ereignis dar, das für den Betroffenen und für seine Angehörigen Anpassungs- und Bewältigungsleistungen auf allen Identitätsebenen (Ich-Identität, personale Identität, soziale Identität) erfordert und ermöglicht. Viktor von Weizsäcker formulierte pointiert, Krankheit – auch langanhaltende – sei kein »Maschinendefekt, sondern nichts als er (der Mensch, OB) selbst, besser: seine Gelegenheit, er selbst zu werden.« (von Weizsäcker, 1986: 250).
4. Dem gesellschaftlichen Wissensbestand zufolge lassen sich für chronische Erkrankungen je eigenständige Verlaufsdynamiken typisieren, die bei aller individuellen Variation regelhaft erscheinen. Diese Rhythmik ordnet sich freilich ein in die jeweiligen Lebensgeschichten und die damit gegebenen Aufgaben und Potentiale, so dass die empirischen Verläufe immer individuell und unvorhersagbar sowie von Gesundungsprozessen begleitet sind (siehe den Text von Wolfram Fischer in diesem Heft).
5. Die Anpassung an ein chronisches Leiden erfordert Zeit – Zeit, die den Beteiligten in unterschiedlichem Ausmaß zur Verfügung stehen kann. Wo Dringlichkeit unterschiedlich empfunden wird, liegen Missverständnisse nahe. Um die Aus Handlungsprozesse zu unterstützen, benötigt daher auch der

- »chronische Arzt« Unterstützung. Dies gilt umso mehr, als in der Regel parallel verschiedene Behandler eingeschaltet sind.
6. Professionalisierung mit Bezug auf salutogenetische Orientierung meint daher, Patienten nicht als entweder gesund oder als krank, handlungsfähig oder hilflos anzusehen, sondern hinter der Einschränkung die Autonomie und hinter der Autonomie die Einschränkung wahrzunehmen. »Die Kunst therapeutischen Handelns besteht demnach darin, die spezifische Beschädigung der individuellen Autonomie eines Menschen oder einer Gruppe von Menschen (...) zu erfassen, ohne die (...) noch verbliebenen Autonomiespielräume zu übersehen, und einen therapeutischen Ansatz dort zu finden, wo diese Autonomiespielräume gefördert und gestärkt werden können.« Dem Professionellen kommt damit die Rolle eines Geburtshelfers zu (Hildenbrand o.J.).
 7. Eine chronische Erkrankung kann ihrerseits selbst als potentielle Bewältigungsleistung des Betroffenen und seines Bezugssystems verstanden werden: als Antwort gleichsam auf Störungen in der Ich-Umwelt-Relation, die sie ihrerseits moduliert und die ihren Sinn aus einem Zukunftsentwurf erhält, der in der Regel nicht explizit ist (Weizsäcker 1956). In dieser Perspektive schreiben die Beteiligten der Erkrankung regelmäßig – wenn auch zumeist implizit – Bedeutung zu (Bahrs u. Matthiessen 2007, Hildenbrand o.J.), die sich u.a. über die Frage erschließt, wofür die (Chronifizierung der) Krise einmal gut gewesen sein wird. Auf diese Frage wird es je nach Perspektive (betroffene Person, Angehörige, Gesellschaft) unterschiedliche Antworten geben.
 8. Die Feststellung von »Krankheit« ist auch abhängig vom Betrachter. Viktor von Weizsäcker hat in seinen Studien zum Gestaltkreis hervorgehoben, dass Wahrnehmung eine konstitutive Täuschung und nicht subjektunabhängig zu haben ist: Sie macht Sinn im Hinblick auf ein Ziel, das außerhalb ihrer selbst liegt und auf das sich die Beteiligten idealerweise einigen müssen. Infolgedessen ist Krankheit, Weizsäcker zufolge, nicht zu reduzieren auf Manifestationen an Einzelnen sondern liegt zwischen den Menschen. Damit wird Umgang zur zentralen Kategorie einer personalen Medizin und Wahrhaftigkeit, Solidarität und Verantwortung zu tragenden Grundpfeilern, die sich von einer positiv verstandenen Utopie gelingender Gemeinschaftlichkeit ableiten.
 9. Krankheit ist nicht das ganz Andere, sondern Teil des Lebensprozesses. Dies gilt auch für langwierige Leiden, die für jeden von uns ein (fast) sicheres Ereignis darstellen. Ob Behandler oder Forscher, keiner steht einem Patienten bloß gegenüber, sondern ist stets auch Mitbetroffener. Dementsprechend forderte Viktor von Weizsäcker bereits Mitte des letzten Jahrhunderts die »Einführung des Subjekts in die Medizin« (Weizsäcker 1973). Dies ist unverändert aktuell! ■

Dr. Ottomar Bahrs, geb. 1951.

Studium der Sozialwissenschaften in Göttingen, danach wissenschaftlicher Mitarbeiter in Forschung und Lehre an medizinsoziologischen und allgemeinmedizinischen Abteilungen der Universitäten Göttingen (1978–1990) und der Medizinischen Hochschule Hannover (1992–1996); seit 1997 in Göttingen an der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leiter des Arbeitsbereichs Qualitätsentwicklung in der Primärversorgung; Vorstand der Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation e.V., Vorstand des Dachverbands für Salutogenese e.V. (vormals Akademie für patientenzentrierte Medizin (APAM) e.V.); Mitherausgeber der Zeitschrift »Der Mensch – Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin«



Arbeitsschwerpunkte:

Arzt-Patienten-Kommunikation; Salutogenese; Qualitätsentwicklung durch Qualitätszirkel; Gesundheitsförderung und Prävention; Kooperationsförderung und Selbsthilfe; Qualitative Forschung

Veröffentlichungen:

Bahrs O, Fischer-Rosenthal W, Szecsenyi J (Hrsg.) (1996): Vom Ablichten zum im-Bilde-Sein: Video-Dokumentation von Arzt-Patienten-Gesprächen im ärztlichen Qualitätszirkel, Königshausen & Neumann, Würzburg
 Van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Mead N, Leiva-Fernandes F, Perez A, Messerli V, Opizzi L, Peltenburg M (1999): The Eurocommunication-Study – An international comparative study in six European countries on doctor-patient communication in general practice; NIVEL, Utrecht

Kontakt:

Universität Göttingen,
 Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie,
 Waldweg 37a
 37073 Göttingen
 T.: 0551-398195
 @: obahrs@gwdg.de

Literatur:

Fischer W: Chronizität – Was ist wirklich möglich? Der Mensch – Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin, 45, 2012: ...
 Hildenbrand B: Eingefrorene Geschichten und auftauende Beschreibungen – begriffliche Überlegungen; System Familie – Themenschwerpunkt: Konstruktion von Chronizität; 6, 1993: 130–138
 Hildenbrand B: Psychiatrische Soziologie als Klinische Soziologie; Mhttp://www.sozioologie.uni-jena.de/soziologie_multimedia/Download; Zugriff am 6.12.2012.
 Huppmann G, Wilker FW (Hrsg.): Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie – Nach der Sammlung von Gegenständen für den schriftlichen Teil der ärztlichen Vorprüfung. Urban und Schwarzenberg, München 1988
 Weizsäcker, Viktor von: Der Gestaltkreis. Suhrkamp, Frankfurt 1973
 Weizsäcker, Viktor von, Wege psychophysischer Forschung (1934). Ges. Schriften, Bd. 6, Frankfurt, Suhrkamp 1986: S. 239 – 251