

Gisela C. Fischer

Abteilung Allgemeinmedizin, Medizinische  
Hochschule Hannover, Deutschland

## **Neue Systematik der allgemein- ärztlichen Problemlösung mit daraus abgeleiteten spezifischen Forschungswegen**

### **Schlüsselwörter**

Forschung in der Allgemeinmedizin · Handlungsschema, allgemeinmedizinisches · Umsetzung medizinischer Hilfen

### **Zusammenfassung**

Die medizinische Forschung legitimiert sich durch das Ausmaß, in dem sie zur Verbesserung der Lebenswirklichkeit kranker Menschen beiträgt. An dem Wirksamwerden eines medizinischen Heilprinzips in der konkreten Lebensführung des jeweiligen Patienten sind eine Fülle von Einflußfaktoren jenseits der biologischen Wirkung beteiligt, die sich sowohl auf den Umgang des Arztes und des Medizinsystems mit dem Patientenproblem als auch auf soziale und psychologische, arbeits- und familienbezogene Faktoren sowie die Subjektivität des Patienten beziehen. Damit medizinische Erkenntnisse im Alltag des jeweiligen Patienten einen von ihm erlebten Gesundheitsgewinn erzeugen, erfolgt somit ein Transformationsprozeß, den zu steuern ebenfalls ärztliche Aufgabe ist. Die medizinische Forschung hat bisher vorrangig zur Entstehung neuer Behandlungsprinzipien beigetragen, jedoch die Prozesse von Transfer und Implementation und den Bereich ihres Wirksamwerdens beim Patienten jenseits der biologischen Wirkung weitgehend vernachlässigt. Deshalb wird immer noch unzureichend verstanden, daß beim Zusammentreffen medizinischer Hilfskonzepte mit der Lebenswirklichkeit des Patienten eine Auseinandersetzung erfolgt, die wesentlich zum Erfolg oder Mißerfolg des medizinischen Heilprinzips beiträgt. Hier ergeben sich neue Forschungsfelder für die Allgemeinmedizin. Es geht um die Gesetze, welche das Wirksamwerden medizinischer Hilfsmöglichkeiten in der Auseinandersetzung zwischen Medizin und Patient und der Mittlerrolle des (Allgemein-)Arztes hierbei beleuchten. Das Forschungsfeld wird bestimmt vom Zusammenwirken folgender drei Elemente eines allgemeinmedizinischen Handlungsschemas: 1. Hierarchie allgemeiner Behandlungsziele, 2. allgemeinmedizinische Problembe-  
schreibung, 3. Dimensionen der Hilfe.

### **Key Words**

Research in general practice · Action scheme for primary care · Application of medical principles

### **Summary**

*A New Systematic Approach to Problems in General Practice and Its Consequences for Research*

Medical research finds its legitimation by improving the conditions of everyday life of sick people. Apart from purely biological effects, a lot of influence factors contribute to the outcomes of medical interventions in terms of 'social effectiveness' for the patient. These may concern the way a doctor or the medical system tackles the patient's problem as well as the relevant social and psychological conditions, the factors referring to work or family, and the patient's personality, health beliefs, expectations etc. Thus a specific transformation process must take place in order to achieve a real health gain as perceived by the patient. Until now medical research has developed impressive new therapeutic principles, however, it has widely neglected the processes of transfer and implementation and the field of its effectiveness for the patient apart from the biological effects. It still remains poorly understood that the confrontation of medical endeavours with the patient's life situation provokes a process of conflict and adaption which essentially contributes to the success or failure of medical practice. Here new fields of research for general practice arise. We should investigate the principles examining the effectiveness of medical interventions in the area of conflict between medicine and patient and the general practitioner's mediatory role in this process. This field of research is determined by the coordination of the following three elements forming a primary care scheme of action: 1. hierarchy of general therapeutic goals, 2. primary care description of health problems, 3. dimensions of possible help.

## Ausgangsbedingungen

Die medizinische Forschung erhält ihre Begründung primär nicht aus der Erkenntnis bestimmter Sachverhalte, sondern aus ihrer Zielsetzung, der Hilfe für den kranken Mitmenschen und der Abwendung gesundheitlicher Gefahren für die Bevölkerung. Da es das Ziel der medizinischen Forschung ist, die Voraussetzungen für die individuelle und kollektive Lebensentfaltung zu verbessern, nimmt Sie – im weitesten Sinn – eine soziale Aufgabe wahr.

«... alles Erkennen in der Medizin... erfüllt... immer nur Dienstfunktionen im Rahmen von Handlungszusammenhängen, innerhalb derer die Wirklichkeit des kranken Menschen verändert und gestaltet werden soll» [1].

Medizinisches Urteilen vollzieht sich somit in unterschiedlichen Wirklichkeiten und Erkenntnisbereichen. Es folgt den Gesetzen des biologischen Organismus einerseits und denen konkreter Lebenszusammenhänge kranker Menschen in unserer Gesellschaft andererseits.

Der Weg von der Entwicklung einer therapeutischen Wirksubstanz bei bestimmten Krebserkrankungen bis hin zur Messung der Lebensqualität beim behandelten Patienten zeigt, daß bis zur Erfüllung des medizinischen Auftrages im Sinne einer Verbesserung individueller Lebenschancen sehr unterschiedliche Erkenntnis- und Wirklichkeitsbereiche durchlaufen werden, die unterschiedliche Wissenszugänge erfordern und nicht durch gemeinsame wissenschaftliche Denkansätze verbunden sind.

Das Beispiel macht auch den zielgerichteten Charakter der medizinischen Forschung deutlich und die gegenseitige Abhängigkeit von Erkenntnissen aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Bereichen und wissenschaftlichen Erfahrungswelten.

Bekanntlich hat die Medizin trotz weitreichender medizintheoretischer Auseinandersetzungen und mehrfach angemahnter sogenannter Paradigmenwechsel bis heute zumindest bei ihrer, wenn auch nicht eindeutig definierten «Grundlagenforschung» vorrangig wissenschaftliche Denk- und Urteilswege aus dem Bereich der naturwissenschaftlich begründeten Biowissenschaften im Blick. Noch 1994 stellt Nuland [2] fest: «Die moderne Medizinforschung stützt sich in hohem Maße auf die Annahme, daß die Ursache jeder spezifischen Krankheit einheitlich sei und im Laboratorium entdeckt werden könne». Die Tatsache wird vielfach dafür verantwortlich gemacht, daß eine Unstimmigkeit des Medizinsystems festzustellen ist, welches zumindest teilweise unangemessen auf die realen, in das Gesundheitswesen hineingetragenen Probleme reagiert. Bedarf und Angebot entwickeln sich quasi aneinander vorbei, was zu einer Vertrauenskrise der Medizin insgesamt, und in ökonomischer Hinsicht, zum sogenannten abnehmenden Grenznutzen des Versorgungssystems geführt hat. Wesentliche Ursachen hierfür liegen in der wissenschaftstheoretisch und im ärztlichen Routinehandeln nicht zufriedenstellend gelösten Verbindung zwischen Theorie und Praxis.

Entscheidende Prozesse, die neben rationalen medizinischen Strategien zum Ergebnis der Medizin in der Gesellschaft beitragen, werden nach wie vor in der Forschung zu wenig berücksichtigt.

Die Ursachen für diese Erfolgs-Falle der Medizin werden verständlicher, wenn man sich folgende Schritte vergegenwärtigt, die bis zum Wirksamwerden eines medizinischen Hilfsprinzips von seiner Entstehung an zu durchlaufen sind. In etwa lassen sich folgende Phasen unterscheiden:

1. Die *Evolutionsphase* beschreibt die wissenschaftliche Entwicklung eines Verfahrens.
2. Darauf folgt die *Evaluationsphase*, die sich als wissenschaftlich-klinische Bewährungsprobe kennzeichnen lässt.
3. Die *Transferphase* umfaßt die wissenschaftliche Verbreitung des Verfahrens, vor allem über Medien der Fortbildung.
4. Daran schließt sich die *Phase der Implementation* an, die sowohl die Implementation in die Praxis als Standardverfahren als auch die Anwendung am individuellen Patienten betrifft.
5. Die entscheidende *Phase der Effektivität* beschreibt die therapeutische Endwirkung. Hierbei geht es insgesamt um die helfende Kraft, deren Wirkungen und um ihre Auswirkungen auf die Lösung individueller Patientenprobleme.
6. Die *Revisionsphase* setzt nach längerfristigem Einsatz eines Verfahrens ein. Sie wird bisher üblicherweise ausgelöst durch z.B. unerwünschte Nebenwirkungen, mangelnde Akzeptanz oder Breitenwirksamkeit, durch Änderung zugrundeliegender Beziehungshypothesen oder durch das Aufkommen wirksamer anderer Verfahren bei gleicher Indikation.

In etlichen dieser Phasen ergeben sich charakteristische Erkenntnisdefizite, die zu dem angedeuteten Mißverhältnis zwischen Versorgungsaufwand und -ergebnis beitragen. In der Evaluationsphase z.B. wird die Übertragbarkeit klinischer Ergebnisse auf die Praxis falsch eingeschätzt und gleichermassen gegebene Wirksamkeit unter klinisch labormässigen wie unter ambulanten Versorgungsbedingungen unterstellt. «Je homogener die Gruppen ..., je stringenter die angewandte Methode, um so eher verspricht die Prüfung ein klares Ergebnis, aber um so geringer kann auch die Relevanz für die Praxis sein. Der behandelnde Arzt findet diese Homogenität in der Praxis nicht wieder. Sein Patient ist im Vergleich zu den Patienten der klinischen Prüfung eine Art Wildtyp» [3].

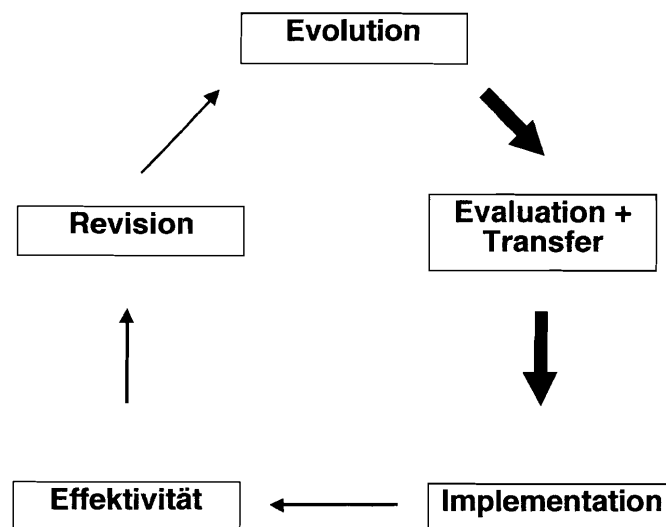


Abb. 1. Spiralprozess medizinischer Erkenntnis.

In der Phase der Implementation lassen sich ähnliche Transferprobleme nachweisen, wie die Diskussion um Leitlinien im Rahmen der Qualitätssicherung zeigt, welche besonders durch die Frage geprägt wird, inwieweit sich durch Leitlinien tatsächlich ärztliches Handeln und das Versorgungsergebnis beeinflussen lassen [4].

Beim Betrachten der Effektivitätsphase erhebt sich die Frage, was die Umsetzung medizinischer Hilfen am Patienten so schwer macht. Im Kern handelt es sich wohl um den Zusammenprall rationaler medizinischer Konzepte mit einer weitgehend von undurchschaubaren komplexen und irrationalen Faktoren geprägten Lebenswirklichkeit [5].

Es ist jener Alltag, der es z. B. dem Vorstandsmitglied nicht erlaubt, das Stigma des medizinabhängigen Kranken durch Benutzung eines Asthmasprays zu zeigen, es ist die unendliche leidige Mühsal einer adipösen Athrotikerin, sich allmorgendlich mit Kompressionsstrümpfen abzurackern, es ist die tief-sitzende Verletzung des jahrzehntelang im Produktionsbetrieb stehenden Arbeitnehmers, der trotz mehrfacher Arbeitsunfälle kommentarlos wegrationalisiert wird, die nun nach Kompensation, etwa durch Frührente und eine Art Wiedergutmachung aus dem Gesundheitswesen, sucht.

Die medizinische Qualitätsförderung in Form der hausärztlichen «Qualitätszirkel» offenbart hier eine Wirklichkeit, die mit bisher ungekannter Schärfe die Bedeutung jener Umsetzungsprozesse des Wirksamwerdens medizinischer Konzepte am Patienten verdeutlicht [z. B. 6]. Was sich dem Aussenstehenden als medizinische Grauzone darstellen mag, zeigt, dass der Patient als handelndes Subjekt aus diesem Umsetzungsprozess nicht auszuklammern ist. Es reicht nicht, Parameter vom Laborwert bis zur Lebensqualität an ihm zu messen, sondern es ist auch nach der inhärenten Logik seines Handelns zu fragen: Warum werden Tabletten nicht eingenommen? Warum «brauchen» viele Menschen ihre Krankheit? Wer kann – mit oder ohne körperliche Störungen – in seinem eigenen Verständnis wirklich gesund sein?

Die Betrachtung der genannten Phasen führt zum Bild eines *Spiralprozesses der medizinischen Erkenntnis* (Abb. 1). Es zeigt, dass

sowohl die medizinische Forschung als auch die klinische Urteilsbildung sich ganz überwiegend in den beiden ersten Phasen, d. h. der Entwicklung und Erprobung neuer Verfahren abspielt. Alles andere, vor allem die Frage, wie jene Effektivität entsteht, bleibt bisher weitgehend dem Zufall überlassen. Damit werden jedoch entscheidende Bereiche aus all dem, was Medizin gemessen an ihrem lebensbezogenen sozialen Auftrag bedeutet, ausgeblendet.

Die bisherigen Überlegungen zeigen, dass beim Zusammentreffen medizinischer Hilfskonzepte mit der Lebenswirklichkeit des Patienten eine Auseinandersetzung erfolgt, die wesentlich zum Erfolg oder Misserfolg der Medizin beiträgt.

Hier setzt eine vor allem für die Allgemeinmedizin relevante Form einer neuen Forschungssystematik ein.

## Möglichkeiten eines allgemeinmedizinischen Forschungsbeitrages

### Voraussetzungen

Will die Allgemeinmedizin zu einer paradigmatischen Neuorientierung beitragen, so kommt es zunächst darauf an, einen Wechsel der Blickrichtung zu vollziehen. Voraussetzung hierfür ist die Vorstellung, daß jedem Krankheits- und medizinischen Versorgungs-verlauf eine spiegelbildliche Wahrnehmung im Bewußtsein des Patienten entspricht, die jedoch durch seine «individuelle Wirklichkeit» [7] geprägt ist und Deutungen, Gefühle und Erwartungen enthält, welche insgesamt die Bedeutung des Geschehens für den Kranken widerspiegeln. Diese kann sehr wesentlich vom medizinischen Konzept abweichen. Es bestehen hinreichende Anhaltspunkte anzunehmen, daß die Effektivität einer medizinischen Intervention auch, und jenseits der Akutmedizin sogar vorrangig, aus ihrer Stimmigkeit in diesem «System Patient» erwächst.

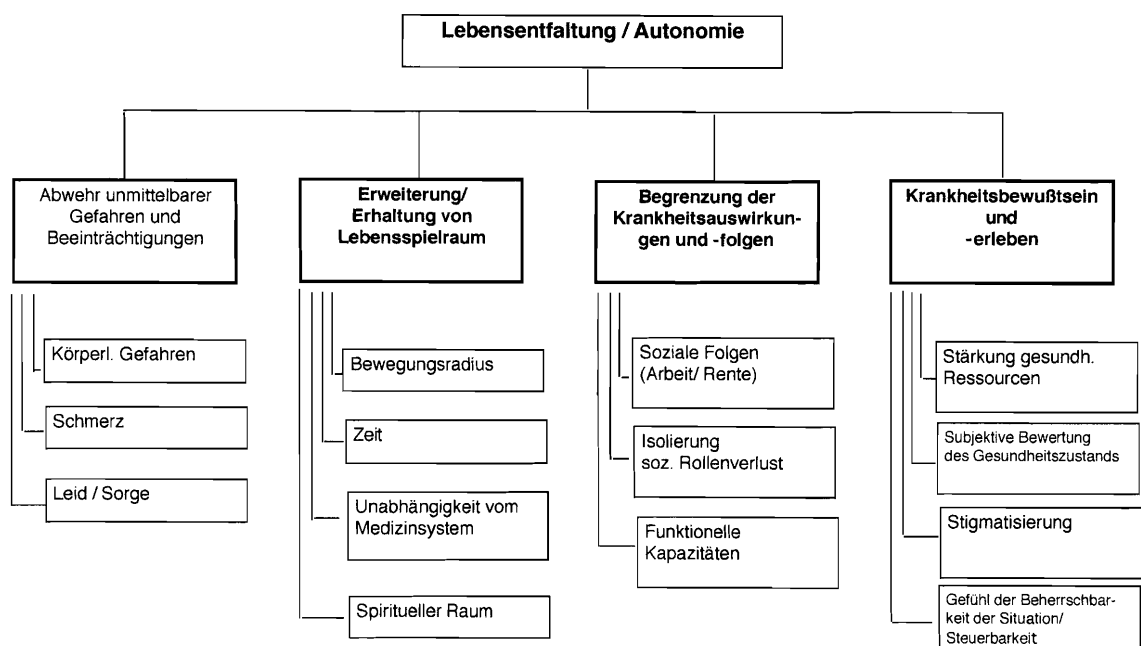


Abb. 2. Leitlinien der individuellen Versorgung.

Während die Medizin starr in ihrer Vorstellungswelt verharrt und vom Patienten meist unreflektiert eine Anpassung an diesselbe erwartet, geht es in der obengenannten Änderung des Blickwinkels darum, die Vorstellungswelt des Patienten zum Ausgangspunkt der medizinischen Problemerkennung und ebenso zum Ausgangspunkt ihrer Interventionen zu machen. Der entscheidende Schritt besteht also darin, nicht den Patienten der Medizin, sondern dieselbe dem Patienten anzupassen. Geschieht dies nicht hinreichend, entstehen «tote Interventionen» ohne therapeutische Kraft, wie das Compliance-Problem zeigt. Für die Forschung geht es um die Gesetze, welche das Wirksamwerden unserer Hilfsmöglichkeiten in der Auseinandersetzung zwischen Medizin und Patient – und nicht zwischen Wirksubstanz und Wirksubstrat –, und die Mittlerrolle des (Allgemein-)Arztes hierbei beleuchten.

### Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Hintergrund wird gesichert durch die Annahme eines Transformationsprozesses, welcher den medizinischen Hilfsangeboten zu einer im weitesten Sinne sozialen Effektivität verhilft. Die Erforschung dieser Transformation mündet in eine medizinische *Handlungstheorie*, welche wiederum das praktische ärztliche Urteilen und Handeln leitet.

Die für die allgemeinmedizinische Forschung grundlegenden Annahmen und Theorien hierfür sind im folgenden kurz skizziert:

- Gesundheit ist aufzufassen als ein «Alltagsphänomen» [8], d. h. sie stellt die allgegenwärtige Normalität eines die Gesundheit nicht problematisierenden Alltags dar.
- Seelische und körperliche Äußerungen werden nicht als getrennte Seinsebenen, die sich wechselseitig beeinflussen, sondern als Einheit unterschiedlicher Wahrnehmungs- und

Äußerungsformen betrachtet, die auch in der medizinischen Betrachtung permanent gegeben ist.

- Gesundheit und Krankheit sind nur bedingt normativ auffüllbare Begriffe.

Interventionsleitend für die Allgemeinmedizin ist die individuell wahrgenommene bzw. zu vermittelnde Beschädigung, welche aus den sogenannten objektiven medizinischen Befunden und deren Bedeutung für den Patienten gewonnen wird.

### Bausteine für ein allgemeinärztliches Handlungsschema und daraus abgeleiteter Forschungsbedarf

1. In Anlehnung an wissenschaftstheoretische und zeitgeschichtliche Auffassungen lässt sich in der Allgemeinmedizin eine Hierarchie allgemeiner Behandlungsziele (Abb. 2) bilden [9]. Als im Sinne der Hierarchiebildung «höchstes Ziel» wird eine Förderung der Lebensentfaltung gesehen. Dies bedeutet weitestmögliche Befreiung bzw. Kompensation von gesundheitsbezogenen Eingrenzungen und Belastungen, die einer eigenständigen, den individuellen Bedürfnissen entsprechenden Lebensentfaltung entgegenstehen. Hieraus ergeben sich folgende Teilaspekte:

- Abwehr unmittelbarer gesundheitlicher Gefahren und Beeinträchtigungen,
- Begrenzung der Krankheitsfolgen und -auswirkungen,
- Erweiterung von Lebensspielraum,
- Beachtung von Krankheitserleben und -bewusstsein.

Die unter «Abwehr unmittelbarer gesundheitlicher Gefahren und Beeinträchtigungen» genannten Teilaspekte Leid und Sorge (Abb. 2) treten als akute Gefahr vor allem dort auf, wo der Kranke seine seelischen Kräfte für das Durchstehen schwerer Krankheitsprozesse benötigt.

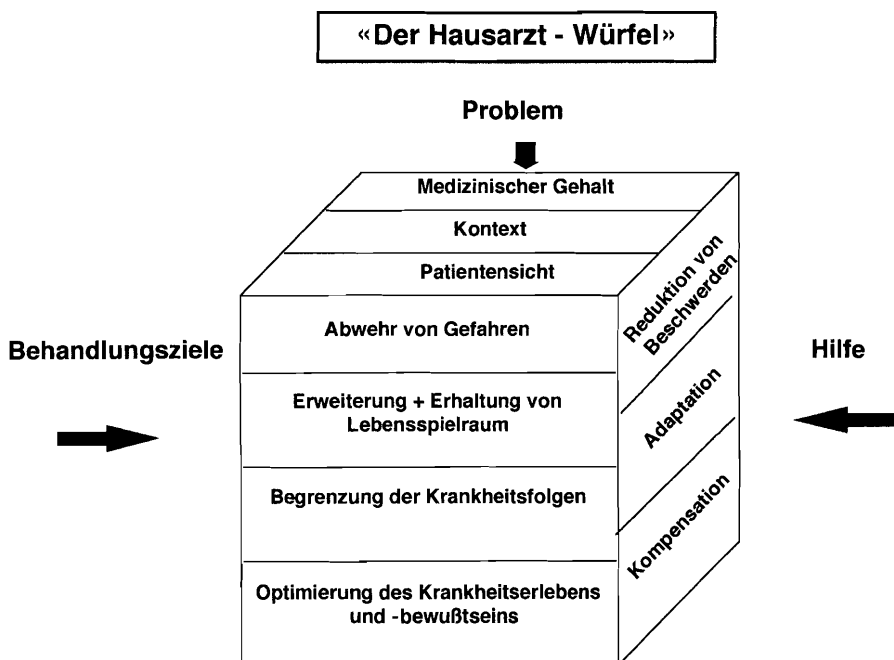


Abb. 3. Systematische Erfassung allgemeinmedizinischer Patientenprobleme und der Behandlung.

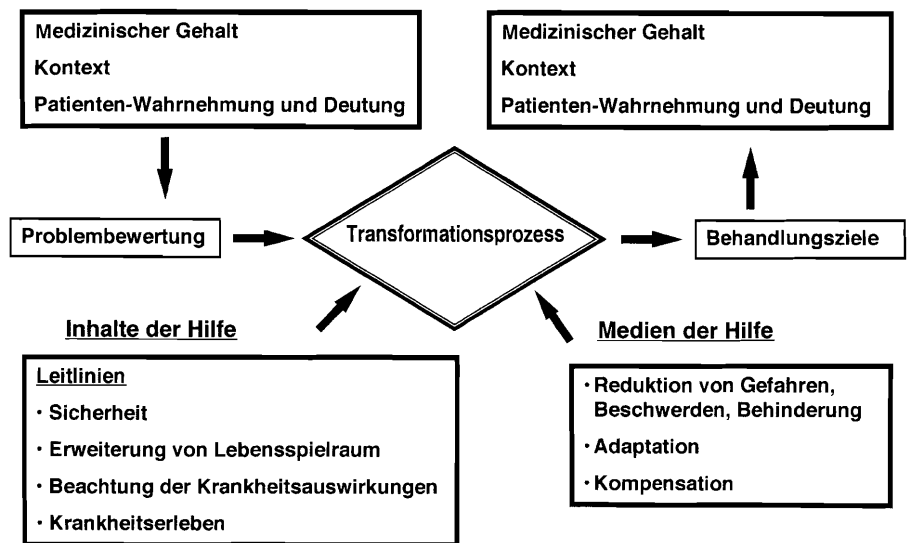


Abb. 4. Transformationsprozess.

Der unter «Lebensspielraum» genannte Gewinn von Zeit (Abb. 2) spielt nicht nur hinsichtlich der Überlebensdauer eine Rolle. Sie vollzieht sich angesichts der grossen Zahl chronisch Kranker in der Hausarztpraxis auch auf anderen Ebenen: Insbesondere betrifft er hier einen durch den Hausarzt vermittelten Schutz vor Überversorgung im Sinne einer «iatrogenen Freiheitsberaubung» [10] durch unsinnige Massnahmen wie redundante Ausschlussdiagnostik und/oder deren nicht sachgerechte Koppelung. Es ist z. B. unverantwortlich, Patienten wiederholt zum kettenartigen Ablauf von Vorgängen in Praxen einzubestellen, die auch mit einem Sprechstundentermin hätten erledigt werden können. Zentrale Bedeutung kommt der Beachtung des Krankheitsbewusstseins bzw. des Krankheitserlebens zu.

Das Konzept lässt sich abstrahiert auch als Gewinn individueller Freiheitsgrade beschreiben. Momburg [11] spricht von Strukturergewinn oder auch einem Gewinn an Selbstwirksamkeit.

2. Eine *allgemeinmedizinische Problembeschreibung* umfasst folgende drei Dimensionen:

- medizinischer Gehalt,
- kontextuelle Bedeutung in der jeweiligen individuellen Lebenssituation,
- Wahrnehmung und Deutung durch den Patienten.

3. Die grundsätzlich zur Verfügung stehenden *Dimensionen der Hilfe* umfassen die Reduktion potentieller und realer Gefahren, Beschwerden und Behinderungen, die Adaptation bei Irreversibilität (chronische Krankheit) und die Kompensation (z. B. Mobilisierung salutogenetischer Prozesse).

Die Zusammenführung dieser drei Bausteine (Abb. 3) erlaubt eine Einordnung des Gesundheitsproblems nach allgemeinen übertragbaren Gesichtspunkten und liefert zugleich ein Arbeitsschema für den Allgemeinarzt. Aus der Kombination der Gesichtspunkte ergibt sich der allgemeinmedizinische Handlungsbedarf insbesondere auch hinsichtlich der Beratung des Patienten. Die Vorstellung des Patienten ist z. B. oftmals auf Verschwinden von Gefahren oder Beschwerden bzw. die Wiederherstellung des Ausgangszustandes gerichtet, obwohl nur eine Adaptation möglich ist. Insbesondere unter Berücksichtigung der Wahrnehmung und des

Erlebens der Situation durch den Patienten lässt sich mit der Einordnung des Problems auch eine Rangfolge seiner Komponenten dergestalt bilden, dass erkannt wird, was vordringlich und was zwar zu beachten, jedoch von nachrangiger Bedeutung ist. Die Frage der Prioritätsbildung spielt z. B. bei der Behandlung hochbetagter Patienten unter den Voraussetzungen von Multimorbidität, begrenzter Lebenserwartung und auf die Bewältigung alltäglicher Anforderungen oder die Erfüllung persönlicher Lebenswünsche gerichteter Behandlungsziele eine besonders wichtige Rolle.

Abbildung 4 stellt den charakteristischen Transformationsprozess der Allgemeinmedizin noch zusammenfassend dar:

Die Problembewertung umfasst die Kategorien des medizinischen Gehaltes, des individuellen Kontextes sowie der subjektiven Deutungen und Wahrnehmungen. Dementsprechend werden die Behandlungsziele formuliert, d. h. vom jeweiligen Problemschwerpunkt ausgehend wird eine medizinische Lösung gesucht. Die Durchsetzung dieser medizinischen Lösung orientiert sich an den allgemeinen Leitlinien der allgemeinmedizinischen Behandlung, welche die Inhalte der Transformation darstellen. Sie orientiert sich darüber hinaus an den grundsätzlich zur Verfügung stehenden therapeutischen Medien bzw. Dimensionen der Hilfe, die in der Reduktion aktueller Gefahren, der Adaptation bei irreversiblen Prozessen und der Kompensation gesundheitsbedingter Einschränkungen bestehen.

Diese *Modellvorstellung eines autonomiefördernden Transformationsprozesses* als typische allgemeinärztliche Aufgabe wird flankiert von der allgemeinmedizinischen Problembeschreibung als Ausgangsbasis und einer autonomieorientierten Behandlungszielbeschreibung. Beide Parameter erschöpfen sich nicht in der medizinischen Diagnose, sondern liefern in vielschichtiger und Prioritäten aufzeigender Weise ein individuelles Profil der Ausgangslage und der Behandlungsziele.

Diese Systematik hat somit den Charakter eines Rahmenkonzepts. Wie sich der Transformationsprozess im einzelnen gestaltet, ist beim derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand nur für die rein medizinischen Anteile des Problems, und auch dort nur bedingt, zu überblicken.

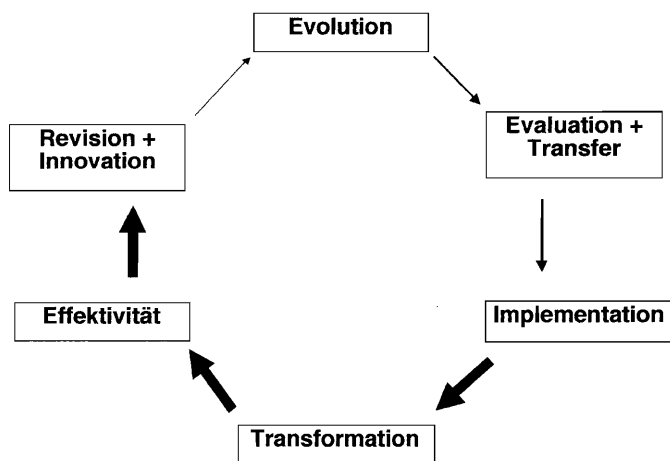


Abb. 5. Spiralprozess medizinischer Erkenntnis unter Einbeziehung eines erweiterten Konzepts medizinischer Grundlagenforschung.

## Folgerungen für die allgemeinmedizinische Forschung

Für die allgemeinmedizinische Forschung ergeben sich nunmehr entsprechende Fragestellungen. Sie beziehen sich erstens auf das Ausgangsproblem, z. B.:

- Lassen sich charakteristische Problemmuster im Sinne komplexer Zusammenhänge (aus den obengenannten Komponenten medizinischer Befund, sozialer Kontext und individuelle Wahrnehmung) überhaupt erkennen und welche sind das?
- Wie sind sie gestaltet, d. h., welche Rolle spielen z. B. dabei medizinische Diagnosen?
- Lassen sich Beziehungen zu bestimmten Merkmalen von Patienten herstellen?
- Wie weit können aus solchen Problemmustern prognostische Anhaltspunkte abgeleitet werden?

Weitere Fragen beziehen sich auf den Transformationsprozess selbst, z. B.:

- Inwieweit führen Interventionen in einem Bereich des Ausgangsproblems zugleich zu Verbesserungen anderer Problemkomponenten? (Die Problemkonstellation sozialer Rückzug, depressive Verstimmung mit Angst vor Verlust der persönlichen Estimation, Immobilität und Hochdruck eines alten Patienten

lässt sich durch eine Massnahme, z. B. ein Mobilitätstraining, auch in den anderen Bereichen verbessern.)

- Welchen Einfluss üben der Beratungsstil und dessen Inhalte auf die Problemlösung aus?
- Welche Anforderungen an ärztliches Verhalten ergeben sich daraus?

Darüberhinaus ergeben sich Fragen zum Interventionsergebnis, z. B.:

- Lassen sich Behandlungsziele als übertragbare Muster aus charakteristischen Bausteinen beschreiben und, wenn ja, wie lassen sie sich beschreiben?
- Lassen sich Zielerreichungsgrade als sinnvolle Ergebnisparameter (outcomes) bilden?
- Inwieweit ist dieser Zugang geeignet, die Wirksamkeit eines therapeutischen Agens als Problemlösungspotential für allgemeinmedizinische Versorgungsprobleme im obengenannten Sinne zu beschreiben bzw. zu messen?

*Ein praktisches Beispiel für ein entsprechendes Studiendesign sei angedeutet:*

Bei einer definierten Gruppe von Patienten mit der Beschwerde Schlafstörungen wird jeweils ein Problemprofil erstellt und ein individuelles Therapieziel (z. B. mindestens 5 h Schlaf pro Nacht, was nach maximal viertägiger Intervention erreicht sein sollte, oder Soforteintritt einer mindestens 6stündigen Schlafdauer usw.) mit dem Patienten gemeinsam erarbeitet. Der Vergleich zweier Interventionen z. B. ein Phytopharmakon versus ein Benzodiazepinderivat oder auch versus einfache Beratung, physikalische Anwendungen usw. werden im Hinblick auf Dauer und Stabilität im mittelfristigen Verlauf gegeneinander getestet. Hierbei wird nicht, wie üblich, ein Behandlungszeitraum und -Ziel vorgegeben, sondern die Zeit bis zum Erreichen des jeweiligen Therapiezieles und der Erreichungsgrad des individuellen Zieles als Wirksamkeitskriterien bestimmt.

Dieser Studienansatz ermöglicht z. B. eine Beurteilung des Problemlösungspotentials therapeutischer Strategien – nicht ihrer Wirkungsweise oder Wirksamkeit auf ausschliesslich biologisch/medizinischer Basis – und wird damit den spezifischen Forschungsanforderungen aus dem allgemeinmedizinischen Versorgungsauftrag gerecht. Durch eine medizinische Handlungsforschung und -Theorie im obengenannten Sinne wird der Spiralprozess der medizinischen Erkenntnis ergänzt. Die bisher nur unsystematisch beschrifteten Erkenntniswege können nun auch aktiviert werden (Abb. 5). Neben Revision tritt Innovation. Ein neuer Typus wissenschaftlicher Fragen tritt besonders in der Allgemeinmedizin hervor.

## Literatur

- 1 Wieland W: Grundlagen der Krankheitsbetrachtung; in Gross R (Hrsg.): Geistige Grundlagen der Medizin. Berlin, Springer, 1985, pp 42–55.
- 2 Nuland SB: Im Dienste des Hippokrates. München, Knauer, 1994 pp 16 ff.
- 3 Füllgraff G, Quiring K: Arzneitherapie – Was gibt es Neues? Stuttgart, Springer, p 28.
- 4 Gerlach F: Das Leid mit den Leitlinien. Dtsch Ärzteblatt 1997;94:A 1453 und A2118–2120.
- 5 Fischer GC: Ethische Probleme und Herausforderungen durch das GSG. Ethik Med 1993;5:91–94.
- 6 Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J: Rationalitäten

- in der Medizin und deren Rekonstruktion im Qualitätszirkel, in Jahrbuch für kritische Medizin – Rationalitäten in der Medizin 1994;22:96–118.
- 7 Uexküll T von, Wesiak W: Theorie der Humanmedizin. Vorwort. München, Urban & Schwarzenberg, 1987.
- 8 Gerhardt U: Gesundheit – ein Alltagsphänomen; in Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Berlin, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 1993 pp 93–206.
- 9 Fischer GC: Ziele der primärärztlichen Versor-

- gung. Allgemeine Leitlinien und deren Grundlagen; in Helmich P, Nöring R, in der Schmitt J, Schwantes U, Seelbach H, Solin W (Hrsg): Primärärztliche Patientenbetreuung. Stuttgart, Schattauer, 1997.
- 10 Fischer GC: Schutz vor medizinischer Überversorgung. Eine wichtige Präventionsaufgabe des Hausarztes. Z Allg Med 1996;72:1016–1022.
- 11 Momburg M: Ref. Symposium «Bedeutung des Placebophänomens für die Allgemeinmedizin. Bad Driburg, Juni 1997.