



Doris Kleinz „Liebe und Zuneigung“

Diskussion um das ‚Praxisbuch Salutogenese‘ zwischen Benjamin Maoz und Theodor D. Petzold



Dr. med. Dr. phil. Benjamin Maoz, Professor emeritus an der Ben Gurion Universität in Beer Sheva, ist als israelischer Sozialpsychiater auch ein Weggefährte Aaron Antonovskys gewesen. Er war oft bei den Wartburggesprächen um Prof. Dr. med. Schüffel zur Salutogenese dabei, wo Theodor D. Petzold ihn kennengelernt hat. Benjamin Maoz hat das ‚Praxisbuch Salutogenese‘ von Petzold gelesen und war so freundlich, dies in einem e-Mail-Austausch zu kommentieren und zu diskutieren. Von dieser Diskussion sind hier Ausschnitte zusammengestellt worden.

Benjamin Maoz: Lieber Herr Petzold,

ich möchte Ihnen über Ihr Salutogenese Buch schreiben.

Es ist ein kluges Buch, welches auf vielem Wissen und Lesen basiert. Ich finde es auch sehr gut, übersichtlich und freundlich für den Leser aufgemacht. Rein wissenschaftlich, leuchtete mir der systemische Ansatz sehr ein. Er fängt ja schon bei George Engel an, mit seiner Hierarchie von offenen Systemen die einander beeinflussen. Auch die modernen Zusammenhänge zwischen Psychotherapie und Gehirnforschung.

Aber Ihre Grundeinstellung bei dem Umsetzen in die Praxis ist für mich neu, überraschend und darum war es für mich nicht leicht, mich hiermit zu identifizieren.

Meine Reaktion ist darum sehr subjektiv, emotional, persönlich und weltanschaulich. Ich bin nicht ein optimistischer Mensch und bezweifle, dass es für vieles eine salutogene Lösung gibt. Ich glaube sicher nicht an einfache „Rezepte“, die man Menschen empfehlen kann, um gesünder zu leben. Manches in dem Buch ist „zu schön“.

Theodor Dierk Petzold: Lieber Herr Maoz,

mir ist klar, dass ich das Salutogenese-Konzept von A. Antonovsky erweitert habe sowohl praktisch medizinisch-therapeutisch als auch philosophisch. Ich bin der salutogenetischen Fragestellung aus der Sicht eines langjährigen Allgemeinarztes mit den modernen Erkenntnissen der Hirn- und Psychotherapieforschung, der Chaosforschung, der Kybernetik und Systemtheorie nachgegangen und habe somit z.T. andere Antworten auf diese Frage gefunden als Antonovsky.

Optimismus soll gut sein – aber nicht um Gefahren zu übersehen oder gar sie „schön-“ oder wegzureden.

Allerdings habe ich häufig die Erfahrung gemacht, dass Menschen einen besseren Zugang zu ihren Ressourcen – auch ihren Widerstandsressourcen – finden, wenn sie ein im weitesten Sinne „schönes“ Leben voller erfüllender Stimmigkeit als Attraktor vor Augen haben.

Maoz: Ich sehe, wie man einer soziologischen wissenschaftlichen Forschung und Betrachtung (von Aaron Antonovsky) – eine ganz andere Richtung und Inhalt gegeben hat. So wurde aus dem SOC eine allgemeine Gesundheitslehre und Lebensphilosophie.

Antonovsky hat zum Beispiel betont, dass der SOC nicht unbedingt etwas mit Ethik zu tun hat! Er erklärte öffentlich (auf dem psychosomatischen Kongress 1992 in Bern), dass er gerade von einem Besuch in Auschwitz gekommen war. Die Täter (Verfolger) in Auschwitz hatten sicher einen hohen SOC, denn sie begriffen all-umfassend die Realität, hatten das Gefühl und die Motivation, um aktiv daran teilzunehmen, und waren überzeugt etwas Wichtiges zu tun.

Aaron Antonovsky war auch sehr skeptisch, wie er merkte dass man aus seinem SOC („a way of being in the world“) eine Basis für eine Psychotherapie machen wollte. (Ich kenne das alles mehr aus erlebten Erinnerungen und Anekdoten, als von Antonovsky's Schriften).

Petzold: Wenn Antonovsky den SOC als „a way of being in the world“ versteht, hat er damit implizit weit mehr gesagt als nur eine nüchterne wissenschaftliche Aussage. Auch in seiner Definition des SOC als „globale Orientierung ... von Vertrauen“ ist implizit eine ethische Komponente enthalten, die über das nationalistische Kohärenzgefühl der Nazis hinausgeht. Allerdings wird dieses globale Kohärenzgefühl in seinem Fragebogen zum SOC nicht wirklich abgefragt, so ist seine Aussage zum SOC in Auschwitz mit dem SOC im Fragebogen stimmig, aber m. E. nicht mit seiner allgemeinen Definition des SOC. Da sehe ich einen Widerspruch in seiner Theorie.

Wenn wir die „globale Orientierung“ des SOC ernst nehmen, müssen wir den Nazis bescheinigen, dass sie ihre Nationalität bzw. Rassenzugehörigkeit über das der Menschheit gestellt haben (und damit das globale Kohärenzgefühl verletzt haben). Die Folge war denn auch nicht ein langes gesundes Leben

sondern der frühe Tod selbst auch vieler Deutscher – durch die KZs und den Krieg. Wenn wir diese Dimension mit einbeziehen, die durch die damalige „Ver-rücktheit“ des nationalen Kohärenzempfindens entstanden ist, kommt damit auch eine globale ethische Dimension in Betracht.

Hat vielleicht Antonovsky diese ausgeklammert, um seinem Anspruch an Wissenschaftlichkeit nachzukommen?

Maoz: Man kann Sätze von Antonovsky auch anders vom Englischen ins Deutsche übersetzen: „a way of being in the world“ ist auch „eine Art im Leben zu stehen“ und „global orientation“ ist auch „allgemeine Orientierung“. Man muss nicht unbedingt in die Richtung von: Global, Welt, Kosmos etc gehen.

Antonovsky hatte viel common sense (ich auch) und betonte oft, dass der SOC keine Eigenschaft ist, weil er kein Psychologe sei.

Ich musste beim Lesen Ihres Buches meine eigene Position stärker und extremer definieren: Ich bin ein Arzt, der in einem zwar geänderten und erweiterten Rahmen der Pathogenese denkt und arbeitet. Manchmal handele ich in der Tradition von Hippokrates, der ja sagte „Natur heilt“. Man sollte also den Körper und die Seele stärken, so dass die Natur heilen kann. Manchmal handele ich aber im Sinne der entgegengesetzten Schule und kämpfe aktiv (chirurgisch, oder pharmakologisch) gegen den externen Erreger einer Krankheit.

Es gibt salutogene Ressourcen die man mobilisieren sollte, aber es gibt auch schlimme Krankheiten bei denen ein starker und flexibler SOC nur wenig hilft.

Sie sehen, ich schreibe aus einer ganz anderen Stimmung.

Ich respektiere natürlich Ihren Ansatz und Sie haben natürlich das Recht, Salutogenese und den SOC auf eine andere Weise zu interpretieren. Es geht hier nicht um „richtig oder falsch“. Ich persönlich sehe die Dinge aus einer anderen Perspektive.

Petzold: Was den SOC betrifft sehe ich einen Unterschied zwischen Antonovskys Definition vom „sense of coherence“ und dem SOC, den er mit dem Fragebogen gemessen hat. Ich beziehe mich meist auf seine Definition und nicht auf das Fragebogenmaß, das ich für fragwürdig halte. Der SOC bekommt allerdings auch eine etwas andere Bedeutung, wenn wir konsequent einen dynamisch systemisch regulierten Menschen zugrunde legen. Diese Bedeutung erweitert und präzisiert Antonovskys Definition, steht aber m.E. nicht im Widerspruch zu ihr.

Wenn Sie die pathogenetische Sichtweise als eine „entgegengesetzte Schule“ bezeichnen und in Widerspruch zu einer Stärkung und Motivation der Menschen setzen, fühle ich mich missverstanden. Für mich sind die pathogenetische Sichtweise und die daraus folgernden Behandlungen eine notwendige und sinnvolle Ergänzung zur *grundlegenden* salutogenetischen Sichtweise und dienen in vielen Fällen auch der Entstehung von Gesundheit.

Ich verstehe Antonovskys Frage nach gesunder Entwicklung als die grundlegende Frage des Gesundheitswesens und die pathogenetische Frage als eine Notwendige Ergänzung. Die Pathogenese soll nicht ausgeschlossen sondern integriert werden.

Wichtig ist mir dabei das Bewusstsein, dass wir bei der pathogenetisch geleiteten Handlung nicht die salutogenetische Perspektive aus dem Auge verlieren. Denn wenn wir das eigentliche, oft implizite Ziel unserer Behandlung „Gesundheit“ aus dem Auge verlieren, passiert es zu leicht, dass wir letztlich mehr schaden als nützen.

Maoz: Ich verstehe jetzt besser, dass Sie ein neues Paradigma für die Medizin (vielleicht besser: für die Gesundheitswissenschaften) aufgebaut haben. Ich erinnerte mich in diesem Zusammenhang an das ausgezeichnete Buch: „The Second Medical Revolution. From Biomedicine to Infomedicine“ von Laurence Foss and Kenneth Rothenberg (1988).

Ich gehe mit Ihnen in Vielem mit. Sicher in der Anwendung von modernen Wissenschaften. Auch ich bin gegen die Bio-Technische Medizin, gegen den Reduktionismus, gegen das linear kausale Denken, gegen den Determinismus etc. Ich versuche den „ganzen Menschen“ (in seiner Familie und Kultur) zu sehen und zu behandeln. Es ist sicher wahr, dass eine „enge“ und einseitige bio-technische Behandlung sogar schaden kann. Das Leiden (Illness) von einem Menschen wird oft durch die diagnostizierten Krankheiten (diseases) nicht genügend erklärt. Aus meiner Sicht wäre es wichtig, den Zusammenhang zwischen Prävention und Salutogenese zu betonen.

Aaron Antonovsky's Salutogenese (und SOC) gehört sicher zu den alternativen Theorien, die in der Debatte um die Bio-Technische Medizin geschaffen wurden. Aber es gibt außer der Salutogenese noch weitere parallel laufende Theorien.

Ich verstehe nicht, warum man die Salutogenese und den SOC „über alles“ gestellt hat; dass man aus dem SOC, der doch ursprünglich bei einer individuellen Person beschrieben wurde, eine Philosophie gemacht hat, welche über Gesellschaft, ins Globale, bis ins Kosmische und Ideale geht. Ich habe also Schwierigkeiten mit dem „Global Sense of Coherence“.

Petzold: So wie Sie versuchen, den „ganzen Menschen in seiner Familie und Kultur“ zu sehen und die Prävention mit der Salutogenese zu verbinden, sind wir in unseren Sichtweisen schon sehr nahe – und so wie ich Antonovsky verstanden habe auch seiner Sichtweise. Eine „globale“ oder auch „allgemeine Orientierung“ geht m.E. über das „bio-psycho-soziale“ Modell hinaus – jedenfalls so wie es heute oft angewandt wird. Und ich glaube, dass hierin schon einer von mehreren Gründen liegt, warum die Salutogenese an eine übergeordnete Position gestellt wird. Ein anderer Grund, den ich als noch wichtiger ansehe, ist die salutogenetische Fragestellung nach der Entstehung von Gesundheit, die so explizit und allgemein in anderen „pa-

rallel laufenden Theorien“ nicht gestellt wird (auch das „bio-psycho-soziale“ ist als „Krankheitsmodell“ konzipiert). Den dritten Grund sehe ich im Begriff der „Kohärenz“, was stimmige Verbundenheit bedeutet und sowohl in einer ähnlichen Bedeutung in der Systemtheorie als auch in moderner Physik und Hirnforschung verwendet wird. Damit wird mit diesem Begriff eine Brücke zu modernen Wissenschaften gebaut.

Maoz: Man findet natürlich in Antonovsky's Schriften Sätze, die Ihre Weltanschauung stützen; aber auch das umgekehrte. Ich glaube nicht, dass er persönlich so weit gegangen wäre. Antonovsky war ein extrem ehrlicher Mensch! Das kann ich bezeugen. Das war der Grund von seiner Aussprache über die Täter in Auschwitz. Ein hoher SOC bedeutet nicht automatisch eine hohe Moral! Vielleicht könnte man aber das Umgekehrte behaupten: Ein ethisches Denken Fühlen und Handeln und Glauben, besteht bei Menschen mit einem hohen SOC, die über den Sinn und die Bedeutung von Leben und Tod nachdenken.

Petzold: In meinen Augen bedeutet ein hoher SOC sicher nicht automatisch eine hohe Moral. Aber andersherum hilft eine stimmige Ethik uns, einen starken SOC aufzubauen.

Maoz: Vielleicht sind wir einander schon etwas näher gekommen. Aber manchmal führen schriftliche Formulierungen zu neuen unnötigen Missverständnissen.

Vielleicht können wir diesen Dialog einmal mündlich fortsetzen, wenn wir uns einmal wieder treffen, um noch mehr Einzelheiten zu klären.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Benyamin Maoz

Vielen Dank lieber Herr Maoz für Ihre eingehende Auseinandersetzung mit dem ‚Praxisbuch Salutogenese‘ und für die Berichte von Antonovskys Einstellung, die ich sehr interessant finde.

Mit herzlichem Gruß

Ihr Theodor Dierk Petzold

„Salutogenese – Unterwegs zur Gesundheit“ von Marco Bischof

Das Inhaltsverzeichnis verspricht schon eine Fülle von grundlegenden Themen und Gebieten, die irgendwie mit der Entstehung des Salutogenese-Konzeptes zu tun haben: eine Diskussion verschiedener Gesundheitskonzepte, unterschiedliche naturwissenschaftliche und philosophische Beiträge, kulturhistorische Betrachtungen bis hin zu einem Ausblick der gegenwärtigen Entwicklung.

Beim Lesen der ersten Kapitel habe ich mich sehr gefreut über die Reichhaltigkeit des bearbeiteten Materials. Marco Bischof bettet die Entstehung der Salutogenese sehr gut ein in die Entwicklung verschiedenster philosophischer, soziokultureller sowie naturwissenschaftlicher, medizinischer und psychologischer Strömungen von der Antike bis in die Moderne. Immer wieder beeindruckend ist die Fülle des zitierten Materials.

Besonders interessant ist neben den Überblicken im Teil 1 „Beiträge zum gesundheitswissenschaftlichen Paradigmenwechsel“ der Teil 2 zu den „Auswirkungen der kulturellen und medizinischen Globalisierung und des gesellschaftlichen Wandels“. In diesem Kapitel kann der Autor seine Fähigkeiten des großen Überblicks über internationale Konzepte und Theorien angemessen entfalten und dem Leser damit den Blick auf lokal erlebte Veränderungen erweitern.

Im Teil 3 „Die Herausbildung einer Integrativen Medizin“ war ich erfreut, über verschiedene Definitionen dieses Begriffes informiert zu werden. Auch die Betrachtungen über „Pluralismus in der Medizin“ bereichern die Sichtweise.

Ein etwas beklemmendes Gefühl entsteht beim Lesen bis zum Schluss, da Bischof häufig positiv besetzt vom „Salutogenese-Konzept“ schreibt aber gleichzeitig fast nur Kritisches bis Abwertendes für das Salutogenese-Konzept von Antonovsky, der Urheber dieses Wortes ist, übrig hat.

Bischof betont schon in den ersten Kapiteln, dass er das Salutogenese-Konzept des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky für nicht besonders gelungen und tiefgehend hält, sondern z.B. Konzepte der humanistischen Psychologie für tiefer gehend salutogenetisch ausgerichtet. Er liefert in der „Diskussion zum Teil 1“ viel wichtige und berechtigte Kritik an Antonovskys Konzept, ohne allerdings die wesentlichen Kernaussagen dieses Konzeptes in der tiefen Bedeutung zu erfassen und zu würdigen, wie z.B. das Kohärenzkonzept und die Dreigliederung des Kohärenzgefühls in eine kognitive Dimension „Verstehbarkeit“, eine Verhaltensdimension „Handhabbarkeit“ und als wichtigste motivierende die emotionale Dimension der „Bedeutsamkeit“ – alles subjektive Qualitäten. Stattdessen kritisiert Bischof, dass die Emotionen „nur eine kleine Rolle spielen“ (S.256) und das Subjekt nicht beachtet werde.

Anstatt das Salutogenese-Konzept Antonovskys verstehend zu vertiefen, lässt er es fallen und sammelt – überwiegend zweifellos interessante und bereichernde – gesundheitsorientierte Ansichten aus anderen Medizinlehren von den Ahnen des Hippokrates

und asiatischen Gesundheitslehren über die humanistische Psychologie und Wellnessbewegung bis hin zur Biophysik.

In seinem „eigenen Urteil“ schreibt er gut begründet, „... dass das Salutogenese-Konzept heute erst in Ansätzen entwickelt ist ... aus dem behavioristischen Umfeld der konventionellen Stressforschung und Gesundheitswissenschaft herausgelöst, ... weiterentwickelt und vertieft werden“ muss (S. 257).

Vielleicht hätte er gut daran getan, den von Antonovsky für eine solche Weiterentwicklung vorgeschlagenen Weg in Richtung Systemtheorie und Chaosforschung zu erkunden. Dann hätten sich möglicherweise salutogenetische Wege aufgetan, die nicht zu einer Selbstbezogenheit und Physikalisierung von Gesundheit geführt hätten, wie sie Bischof in seinen resümierenden letzten Kapiteln aufführt, nämlich dass er als Kernpunkt der Salutogenese eine „Selbstkultivation“ propagiert und die „Biophysik“ in der „Schlüsselbedeutung für ein wissenschaftliches Verständnis der Selbstregulation und Selbstkultivation“ sieht (S. 354).

Insgesamt ist das Buch für alle, die sich theoretisch mit dem Thema Salutogenese auch kulturhistorisch und anthropologisch befassen wollen, ein sehr wertvolles Buch und dringend empfehlenswert. Leser, die nach einem tieferen Verständnis von Antonovskys Konzept der Salutogenese suchen und über aktuelle theoretische und praktische Ansätze zur Integration und Weiterentwicklung von Salutogenese-Konzepten, die es in verschiedenen Gesundheitsbereichen auch in Deutschland gibt, informiert werden wollen, könnten eher enttäuscht werden.

Theodor Dierk Petzold



Ärztliches Handeln im Praxisalltag.

Eine interaktions- und biographieanalytische Studie.

von Nicole Witte

Reihe: *Biographie- und Lebensweltforschung* - 8. Campus Verlag
(Frankfurt) 2010. 476 Seiten. ISBN 978-3-593-39313-1; 45,- €

Dem „Faktor Arzt“, so ist in Studien über Arzt-Patienten-Gespräche vielfach belegt, kommt der größte Einfluss auf den Gesprächsverlauf zu. Der Standardisierung von Ausbildung und Leitlinienorientierung ärztlichen Handelns zum Trotz gibt es eine erhebliche individuelle Variabilität, die Nicole Witte selbst erlebt und zu ihrer eigenen Forschung motiviert hat. Mit den Mitteln der soziologischen Interaktions- und Biographieanalyse ist sie der Frage nachgegangen, welche Lernerfahrungen niedergelassene Ärzte in ihrer Lebensgeschichte gemacht hatten und ob bzw. wie dies seinen Ausdruck in je individuellen Handlungsstilen findet, die im Sprechzimmer beobachtbar sind. Die Autorin befragte zunächst 21 Ärztinnen und Ärzte mittels narrativer Interviews über ihre Bildungsgeschichte im weiteren Sinne des Wortes. Von diesen Ärzten nahmen dann 6 eigene Konsultationen per Video auf. 3 Ärzte werden in der Studie in ausführlichen Fallstudien vorgestellt.

Nicole Witte bekennt sich nachdrücklich zum interpretativen Paradigma, demzufolge die Bedeutung sozialen Handelns interaktiv hervorgebracht und deren sozialer Sinn re-konstruierbar ist. Ihre methodischen Ausführungen verdeutlichen, wie und warum erzählte, erlebte und gelebte Geschichte zu unterscheiden sind, wie sich Sinn sequentiell aufschichtet und seinen Niederschlag in Strukturen findet. Die Autorin zeigt in den Fallstudien, die den Kern ihrer Arbeit bilden, wie familiäre Interaktionen – seien es nun herausragende Einzelereignisse oder wiederkehrende Muster – Erfahrungen in der schulischen und beruflichen Sozialisation sowie übergreifende historische Konstellationen sich nach und nach in Interaktions- und Handlungsformen sedimentieren, die die drei untersuchten Ärztinnen und Ärzte deutlich unterscheidbar werden lassen. Vor diesem Hintergrund entwickelt die Autorin Hypothesen über das berufliche Interaktionsverhalten der Befragten, das im nächsten Untersuchungsschritt zum Gegenstand der Analyse wird.

Die viodeographierten Interaktionen werden, der Tradition der strukturalen Hermeneutik folgend, sequentiell analysiert. Dabei richtet sich das erste Untersuchungsinteresse auf die Praxiseinrichtung, die gleichsam als Veräußerung des Inneren der Ärztinnen und Ärzte begriffen werden und zu ersten Hypothesen über deren Art der Interaktionsgestaltung Anlass geben. In der Folge werden Interaktionsverläufe en détail analysiert und nach und nach sich durchhaltende Handlungseigentümlichkeiten der Ärzte herausgearbeitet, die als ihr je individueller Stil interpretiert werden. Im dritten Schritt werden dann die Auswertungsergebnisse zu den lebensgeschichtlich erworbenen Handlungsmustern und den praktizierten Stilen ärztlichen Handelns aufeinander bezogen und eine so starke Korrespondenz eindrücklich nachgewiesen,

dass der behauptete und theoretisch begründete Zusammenhang von biographischen Lernerfahrungen und unterscheidbarem ärztlichem Handeln unmittelbar einleuchtet.

In ihrer fallübergreifenden Zusammenfassung entwickelt Nicole Witte die brisante These, dass das ärztliche Handeln (auch) zur Bewältigung je individueller lebensgeschichtlich verankerter Problemlagen dient. Dies kann, so legt die Autorin nahe, bedeuten, dass (vermutlich unbewusst) die Sicherung der eigenen Identität den Vorrang vor der Unterstützung von Patientinnen und Patienten bei deren aktueller Krisenbewältigung haben kann. Nach dem Eindruck der Autorin ist dies kein zufälliges Ereignis, sondern es scheine, „dass die ärztliche Profession ... große Anziehung auf Individuen ausübt, für die eine Transformation ihrer eingeübten Handlungsmuster besonders problematisch oder gar bedrohlich erscheint.“ (S. 439) Im Studium wird die jeweilige Präformierung systematisch ausgeblendet, um sich dann im Praxisalltag umso mehr – und nunmehr für Patienten und Ärzte gleichermaßen ungeschützt – auszuwirken. Konsequenterweise folgert Nicole Witte, dass die Studierenden nicht nur die sicher lohnenswerten Schulungen von Gesprächsführungsskills erhalten, sondern frühzeitig an eine Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Biographie herangeführt werden sollten.

Die Studie belegt überzeugend die Notwendigkeit einer verstärkten und gezielten Thematisierung des Arztes als Subjekt. Dabei wird freilich kaum der Frage nachgegangen, welche lebensgeschichtlichen Erfahrungen mit gelingender Problemlösung in der beruflichen Praxis assoziiert sind. Eine salutogenetische Perspektive fehlt, was besonders bedauerlich ist, weil ein Anknüpfen an Ressourcen den (künftigen) Ärzten – ebenso wie anderen Gesundheitsdienstleistenden – die Auseinandersetzung mit der



Thematik sicher erleichtern würde. Die lebensgeschichtlich erworbenen (Handlungs- und Einstellungs-)Muster sollten unter dem doppelten Gesichtspunkt von Risiken und Ressourcen betrachtet werden und die Studierenden am eigenen Fall für eine biographische Perspektive sensibilisiert werden, die für ihre Mitwelt ebenso wie für ihre künftigen Patientinnen und Patienten bedeutsam ist. Verstehen wäre damit immer auch Nachvollziehen kontextbezogener überindividueller Gewordenheit, so dass deutlich werden könnte, dass jede individuelle Problembearbeitung zugleich auch einen Beitrag zu gesellschaftlicher Problemlösung darstellen kann.

Auf eine zentrale Grenze der Aussagekraft ihrer Studie weist Nicole Witte selbst hin: der Patient kommt als Gesprächsführender und Interaktionspartner nur am Rande vor. Damit ist die These nur begrenzt prüfbar, dass die als geradezu erdrückend beschriebene Uniformität des je spezifischen ärztlichen Handelns dem Stil des Arztes geschuldet ist und darin die durch die Berufsrolle gegebene strukturelle Übermacht zur Definition der Situation zum Ausdruck kommt. Nicole Witte schlägt denn auch für künftige Forschung die Erweiterung um analoge Analysen der Patientenbiographien vor – ein Ansatz, der allerdings zeitgleich zu Nicole Wittes Arbeit im Projekt „Gesundheitsfördernde Praxen“ bereits verfolgt wurde. Es ist schade, dass die Autorin hierauf nicht Bezug genommen hat, obgleich sie darüber aufgrund bestehender Diskussionszusammenhänge durchaus informiert war. Ebenso verwundert, dass Nicole Witte auf eine Auseinandersetzung mit den Arbeiten von und in der Tradition Michael Balints nahezu vollständig verzichtet hat.

Bei der Beurteilung der Arbeit, für die Nicole Witte 2009 mit dem Dissertationspreis des Universitätsbundes Göttingen ausgezeichnet wurde, sind auch deren Rahmenbedingungen zu bedenken. Die Autorin hat diese empirische Studie vollständig eigenfinanziert und dennoch diese aufwändige Arbeit durchgeführt. Diese Leistung kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Sie hat den theoretischen Hintergrund und das Vorgehen bei der Biographieanalyse gut nachvollziehbar gemacht und ihre Arbeitsergebnisse plastisch zu den drei Fallstudien verdichtet. Sie hat eine provozierende These zum Zusammenhang von Biographie und ärztlichem Handeln aufgestellt, die zwar aufgrund noch fehlender Kontrastierung mit anderen Berufsgruppen keinen Spezifitätsanspruch erheben kann und aufgrund der Defizitorientierung zu erheblichen Widerständen bei der Zielgruppe der Ärzte führen dürfte, aber dennoch eine intensive Diskussion verdient. In jedem Fall hat die Autorin mögliche Bedeutungen biographischer Prägungen bei Ärzten anschaulich belegt, so dass ihr Buch, ein Stück weit gegen den Strich gelesen, Pflichtlektüre für im Gesundheitsbereich Tätige sein und Konsequenzen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen gezogen werden sollten.

Ottomar Bahrs