

Jenseits der Klarheit

Über die Verwendung des Modells „Integrierte Medizin“ nach Thure v. Uexküll in der hausärztlichen Praxis

Beyond the Clarity

On the Application of v. Uexküll's Model „Integrierte Medizin“ in General Practice

Autor

G. Rüter

Institut

Niedergelassener Arzt in hausärztlicher Versorgung; akademische Lehrpraxis der Universität Tübingen

Schlüsselwörter

- Evidenz-basierte Medizin
- Patient
- individualisierte Versorgung
- integrierte Medizin
- holistische Medizin

Key words

- Evidence based medicine
- doctoring
- personalised care
- general practice
- integrated medicine
- holistic medicine

Zusammenfassung

Die hausärztliche Tätigkeit praktischer Patientenversorgung stellt eine hochanspruchsvolle Arbeit dar, die als Kunst zu bezeichnen nicht übertrieben ist. Das Spannungsfeld liegt zwischen den Ansprüchen wissenschaftlich fundierter Medizin einerseits, heute meist als Evidenz-basierte Medizin beschrieben, und der Anpassung dieser Medizin auf den je individuellen Patienten in der ihm eigenen Welt. Der Patient und seine Welt müssen als unbekannte black box gesehen werden, über welche nur durch die Herstellung einer gemeinsamen kommunikativen Wirklichkeit etwas erfahren werden kann. Das v. Uexküll'sche Modell „Integrierte Medizin“ wird vorgestellt und in seiner Bedeutung für den praktisch tätigen Hausarzt reflektiert. Insbesondere dann, wenn Verunsicherungen, Ungereimtheiten und Befremden in der Arzt-Patienten-Begegnung auftauchen, sollte das auf das Patientenproblem fokussierte Wahrnehmungs-Zoom des Arztes aufgezogen werden. Dann kann das Modell helfen, Klarheit in Patientenwelten des Verborgenen und Nebulösen zu bringen.

Abstract

The work as a GP and the caring for patients presents itself as a highly challenging field, which can be described as a form of art without embroidering. There is a tension between scientifically established medicine on the one hand, commonly referred to as evidence-based-medicine, and the adaptation of this medical science to a specific patient and his or her background. The patient and his surroundings must be seen as no-man's-land which can only be discovered by a common and communicative reality shared by patient and GP. Von Uexküll's model of "Integrated Medicine" is presented and analysed concerning its meaning for a GP working in that situation. Especially in cases of uncertainty and inconsistency in the relationship of GP and patient, when odd things are said or happen, the doctor's perception, focussed on the patient's medical problems, should be broadened. Then, the model can be helpful to clear up obscure and vague aspects of the patient's world.

Peer reviewed article

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-984362
 Online-Publikation: 09.07.2007
 Z Allg Med 2007; 83: 271–276
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

Dr. med. G. Rüter
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Chirotherapie
 Blumenstr. 11
 Postfach 30
 71726/71724 Benningen
 rueter@telemed.de

Grundlagen gesundheitlicher Versorgung

Das Bestreben nach Effektivität und Effizienz, d.h. der sparsame Umgang mit Ressourcen bei möglichst hohem Zielerreichungsgrad ist geboten, weil die medizinische Versorgung in den Industrienationen vor dem Problem steht, einer größer werdenden Zahl von kranken und alten Menschen eine immer besser ausgefeilte Medizintechnik und Therapie zur Verfügung stellen zu können. Längst ist nicht mehr alles bezahlbar, was sich der einzelne Kranke und vielleicht auch der einzelne Arzt an Leistungsumfang wünschen. Da ist nur konsequent, dass in den diversen

Volkswirtschaften – unabhängig von der Organisation und der Finanzierungsform des Gesundheitswesens – Institutionen geschaffen werden, welche, wie z.B. das NICE (National Institut of Health an Clinical Excellence) in Großbritannien, das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) in Deutschland, oder wie der Gemeinsame Bundesausschuss Ärzte-Krankenkassen, die Wirksamkeit und Preiswürdigkeit von Arzneimitteln und/oder von abgrenzbaren Diagnostik- und Therapieverfahren überprüfen und bewerten. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen wird bestimmt vom Urteil dieser Institutionen. Da viel, sehr viel Geld im Spiel ist, verwundert nicht, dass

zunehmend auch die ordentlichen Gerichte in Streitfragen, bei denen beispielsweise die Erstattungsfähigkeit eines Arzneimittels auf dem Spiel steht, angerufen werden [1].

Aspekte äußerer Evidenz

Die mittlerweile allgemein anerkannte Entscheidungsgrundlage für die genannten Institutionen ist der Ansatz der „Evidenz basierten Medizin“, hier in der Form der Suche nach der Evidenz aus großen Studien. Für pharmakologische Fragestellungen, d. h. für Fragen der Wirksamkeit, der Verträglichkeit und des Wirksamkeitsvergleiches von Arzneimitteln eignen sich besonders doppelt verblindete, randomisierte Studien mit einer Kontrollgruppe und möglichst klar zu definierenden „harten“ Endpunkten. Von großem öffentlichem Interesse wegen der damit verbundenen Belastungen der Gesundheitssysteme einerseits und von großem finanziellem Interesse der Pharmafirmen andererseits, welche regelhaft als Unternehmer und Geldgeber solcher Studien auftreten, sind chronische Erkrankungen, welche die Menschen über viele Jahre begleiten. Kann durch die Einnahme eines Medikamentes nachweislich bei solchen Erkrankungen das Leben verlängert oder können gravierende Einschränkungen des Lebens abgemildert, hinausgeschoben oder gar ganz verhindert werden, oder kann die Lebensqualität entscheidend verbessert werden, dann können einerseits mit einem solchen Medikament immense Gewinne gemacht werden. Auf der anderen Seite entstehen gewaltige Kosten für die Volkswirtschaften bzw. die Menschen, welche das Geld mittels Steuern, Beiträgen oder Eigenleistungen aufbringen müssen. Niemanden kann wundern, dass die Früherkennung behandelbarer Risikokonstellationen für chronische Erkrankung forciert wird oder dass sich unter den genannten Gesichtswinkeln Krankheitsdefinitionen in Richtung niedrigerer Schwellen verändern. Solches geschieht beim Diabetes mellitus Typ 2, bei der arteriellen Hypertonie, bei den Fettstoffwechsel-Parametern oder der abdominellen Adipositas. Studien wurden unternommen mit dem Ziel, nachzuweisen, dass die – schon niedrigschwellig definierte – Manifestation einer Erkrankung wie Typ-2-Diabetes evtl. durch medikamentöse Therapie verzögert oder verhindert werden kann [2]. Das Ziel ist dann, die teure Behandlung (per Definition noch) Gesunder, um Erkrankung zu verhindern.

Ohne Zweifel ist absolut notwendig, an die Wirksamkeit, Preiswürdigkeit und Unschädlichkeit solcherart in den Markt gedrückter Therapie strengste wissenschaftliche Maßstäbe anzulegen, wie sie mit den Begriffen EBM oder Cochrane Collaboration verknüpft sind. So genannte Meinungsführermedizin – Eminenz basierte Medizin – oder der immer noch viel gehörte Satz einzelner Ärzte „ich habe gute Erfahrungen mit...“ sollten als Grundlage allgemeiner Empfehlungen an Bedeutung verlieren. Eine Fülle von Leitlinien wurde nun erstellt, um die verfügbare Evidenz möglichst gut in praktisches ärztliches Handeln umzusetzen. Auch für die Erstellung und die Implementierung solcher Leitlinien, welche durchaus unterschiedlicher Qualität sind, wurden möglichst gut abgesicherte Regeln und Vorgehensweisen formuliert [3].

Führt die Evidenz ein Eigenleben?

In meiner Wahrnehmung ereignen sich nun wenigstens zwei Merkwürdigkeiten:

Die erste besteht in dem Eindruck, dass die Formulierung einer Evidenz für einen bestimmten Sachverhalt dazu führt, dass dieser Sachverhalt als ein Faktum gesehen wird. Dass es um Fragen von Wahrscheinlichkeiten geht, scheint dem Bewusstsein im praktischen Handeln irgendwie abhanden zu kommen. Eine Anzahl effektiver Interventionsstrategien, wie etwa die Behandlung mit Acetylsalicylsäure oder Statinen [4] erlaubt eine Minderung des relativen Risikos eines kardiovaskulären Ereignisses um ca. 25%. Das bedeutet, dass eines von vier Ereignissen durch die Behandlung verhindert werden kann, drei sich aber dennoch ereignen. So gesehen ist das Versagen und nicht der Erfolg der Therapie die Regel. Dennoch wird, wenn z. B. ein Schlaganfall bei einem mit ASS behandelten Patienten auftritt, von „ASS-Versagen“ gesprochen und im täglichen ärztlichen Handeln erlebt der Hausarzt, dass solche Patienten in neurologischen Abteilungen auf Clopidogrel oder eine Kombination aus ASS und Dipyridamol umgestellt werden, obgleich die diesbezügliche Studienlage eher dünn ist.

Was also in den strengen Augen einer exakten epidemiologischen Wissenschaft klar schien, wird im täglichen Erleben unklarer. Betrachtet man gar statt der relativen Risikominderung die des absoluten Risikos, so sind oft 20, 40 oder noch mehr Patienten („number needed to treat“, NNT) über ein oder mehrere Jahre zu behandeln, um ein fatales Ereignis zu verhindern. Bei den Kosten der in Rede stehenden Behandlungen – nicht alle Therapien sind so billig wie die mit ASS – erscheint nur logisch, wenn kürzlich die Deutsche Forschungsgemeinschaft einen mit hohen Finanzmitteln ausgestatteten Forschungsauftrag zur Frage der Prioritätensetzung in der versorgenden Medizin vergeben hat [5,6].

Die zweite Merkwürdigkeit liegt darin, dass es scheint, in Leitlinien formuliertes evidenzbasiertes Wissen werde im praktischen ärztlichen Handeln nicht ausreichend umgesetzt. Dieser Umstand wird mittlerweile schon in der Laienpresse wie „Spiegel“ und „Stern“ angeprangert [7,8]. Der „Stern“ titelte – bezogen auf die Hypertonie – in der entsprechenden Ausgabe „Millionen werden falsch behandelt“. Das suggeriert, dass die verordnenden Ärzte offenbar die falschen oder unzureichende Medikamente aufschreiben. Studiert man aber im Innern des Heftes die zitierten Aussagen von Patienten, so erschließt sich plötzlich ein anderes Bild: Die Patienten nehmen oft die verordneten Medikamente nicht oder nur lückenhaft ein. Sie schaffen das Durchhalten einer stringenten medikamentösen Behandlung häufig erst dann, wenn sie wirklich manifest z. B. mit einem Schlaganfall oder einem Herzinfarkt erkranken.

In anderen Welten

Dieser Umstand wirft ein Schlaglicht darauf, dass Wissenschaftler einerseits, praktisch behandelnde Ärzte andererseits und erst recht die Patienten, respektive die (noch) gesunde Bevölkerung in unterschiedlichen Welten zu Hause sind. Und nun ist vollends Unklarheit eingetreten und alles scheint nebulös zu werden und wir sind „jenseits der Klarheit“ angekommen. Wenn wir nun also konstatieren, dass

- ▶ verschiedene Gruppen von Menschen, offenbar sogar alle Individuen in voneinander verschiedenen Welten leben,
- ▶ im Erleben dieser Welten durch die unterschiedlichen Individuen (noch) andere als allgemein akzeptierte und abgesichert erscheinende Fakten erlebens- und handlungsleitend sind, und

- ▶ unterschiedliche Handlungs- und Lebenskonzepte nicht einfach auf Unkenntnis, Faulheit oder Böswilligkeit zurück zu führen sind, dann entsteht zunächst ein Verständigungs-, ein Kommunikationsproblem und damit verbunden nicht nur ein Weltanschauungsproblem, sondern die Notwendigkeit, unterschiedliche Welten zu akzeptieren.

Wenn ich mich einmal nur auf die sogenannte äußere Evidenz nach Sackett [9], also fundierte Ergebnisse qualitativ guter, großer wissenschaftlicher Studien beziehe, dann ist offenbar die Evidenz nicht so evident, dass individuell behandelnde Ärzte diese Erkenntnisse jederzeit umsetzen könnten. Schon gar nicht denken, fühlen und handeln die betroffenen einzelnen Menschen gemäß dieser Evidenz. Gerade, weil oft so genannte Endpunktstudien mit einem hohen Evidenzlevel verbunden sind, damit aber das befürchtete oder zu vermeidende Ereignis ein phantasiertes und möglicherweise weit in der Zukunft liegendes ist, erleben die Betroffenen das Ereignis als nicht für sie relevant. Sie sind ja doch mit der Organisation ihres aktuellen Lebens beschäftigt.

Ein Ausflug zum (ärztlichen Kollegen) Friedrich Schiller



Um zu verdeutlichen, was ich meine, sei mir ein kurzer Ausflug in die Philosophie Friedrich Schillers erlaubt: Auf den letzten Seiten seiner Schrift „Über naive und sentimentalische Dichtung“ [10] beschreibt er einen „sehr merkwürdigen psychologischen Antagonismus unter den Menschen...“, einen Gegensatz, welcher Schuld ist, dass kein Werk des Geistes und keine Handlung des Herzens bei einer Klasse ein entscheidendes Glück machen kann, ohne eben dadurch bei der anderen sich einen Verdammungsspruch zuzuziehen.“ Schiller gelangt „zu dem wahren Begriff dieses Gegensatzes“, indem er vom naiven und vom sentimentalischen Charakter [der Dichter] „absondert, was beide Poetisches haben. Es bleibt alsdann von dem Ersteren [dem Naiven] nichts übrig als... ein nüchterner Beobachtungsgeist und eine feste Anhänglichkeit an das gleichförmige Zeugnis der Sinne, ... eine resignierte Unterwerfung unter die Notwendigkeit (nicht aber die blinde Nötigung) der Natur: eine Ergebung also in das, was ist und was sein muss.

Es bleibt vom sentimentalischen Charakter nichts übrig als... ein unruhiger Spekulationsgeist, der auf das Unbedingte in allen Erkenntnissen dringt, ... ein moralischer Rigorismus, der auf dem Unbedingten in allen Willenshandlungen besteht. Wer sich zur ersten Klasse zählt, kann ein Realist, und wer zur anderen, ein Idealist genannt werden...“ Einige Abschnitte weiter kommt Schiller zur folgenden Aussage: „Aber er [der Idealist, den ich hier einmal mit dem Wissenschaftler gleichsetzen will, der auf der Suche nach der Grundidee, nach dem Allgemeingültigen ist] kann es bis zu absoluten Wahrheiten gebracht haben und dennoch in seinen Kenntnissen dadurch nicht viel gefördert sein. Denn alles steht zuletzt unter notwendigen und allgemeinen Gesetzen, aber nach zufälligen und besonderen Regeln wird jedes Einzelne regiert; und in der Natur ist alles einzeln. Er kann also mit seinem philosophischen Wissen das Ganze beherrschen und für das Besondere, für die Ausübung, dadurch nichts gewonnen haben: Ja, indem er überall auf die obersten Gründe dringt, durch die alles möglich wird, kann er die nächsten Gründe, durch die alles wirklich wird, leicht versäumen; indem er überall auf das Allgemeine sein Augenmerk richtet, welches die verschiedensten Fälle einander gleichmacht, kann er leicht

das Besondere vernachlässigen, wodurch sie sich voneinander unterscheiden. Er wird also sehr viel mit seinem Wissen umfassen können und vielleicht eben deswegen wenig fassen und oft an Einsicht verlieren, was er an Übersicht gewinnt.“ Notwendig erscheint ein Denk- und Handlungsmodell, welches dem praktisch tätigen Arzt erlaubt, eine Ordnung, ein Raster, eine Orientierung im Unklaren der wirklichen (im ganz wörtlichen Sinn) Patienten- und Arztindividualität zu gewinnen.

Das Modell einer Humanmedizin als Kompass



Von allen Professionen der Krankenversorgung gehören Psychotherapeuten und Psychosomatiker sicher derjenigen Fachdisziplin an, welche sich am intensivsten und vielleicht auch mit den wenigsten Vorurteilen mit der inneren Welt der Patienten beschäftigt. So mag nicht überraschen, dass aus dieser Disziplin heraus das Modell einer umfassenden Humanmedizin formuliert wurde, insbesondere von Thure von Uexküll. Er nannte seinen Denkansatz „Integrierte Medizin“ und wollte damit verdeutlichen, dass ein hoch organisiertes Lebewesen stets mit einer psychischen und einer somatischen Seite gleichzeitig agiert und reagiert und dass die dualistische Aufteilung in eine Körper- und eine Seelenmedizin nicht Zielführend sein kann [11].

Insbesondere für die hausärztliche Versorgungsebene, bei der es gemäß der DEGAM-Fachdefinition [12] neben der ärztlichen Behandlung akuter Notsituationen, besonders um die Begleitung chronisch Kranker geht bis hin zur Palliativmedizin und zur Sterbebegleitung und um die Berücksichtigung der Familienbeziehungen und der sozialen Gesamtsituation, ist dieses Modell sehr hilfreich. Ähnlich wie bei Modellen in der Naturwissenschaft, etwa dem Atommodell, handelt es sich um eine Modellvorstellung der Wirklichkeit, welche man ignorieren oder ablehnen kann. Das ändert aber nichts daran, dass wir im täglichen hausärztlichen Handeln mit den schon erwähnten individuellen Wirklichkeiten konfrontiert sind, in welche mit Hilfe des Modells eine Struktur gebracht werden kann, welche unsere Handeln zu ordnen vermag, ja sogar begrenzte Vorhersagen über den Erfolg oder Misserfolg von Interventionen zulässt. Die Orientierung an einem allgemein akzeptierten Modell vermag Klarheiten zu schaffen, das Denken und die Sprache zu harmonisieren. Dann kann Wahrnehmen, Handeln, Fühlen und Kommunizieren auf einer patienten- und arztindividuellen Ebene durchaus vergleichbar werden mit der Anfangs geschilderten Klarheit aus epidemiologischen Studien.

Das Modell



Das Modell enthält drei Komponenten, welche didaktisch getrennt werden können.

1. Die individuelle Welt wird konstruiert

Es ist anzuerkennen, dass lebende Systeme nicht in einer Welt zweigliedriger Ursache-Wirkungs-Beziehungen leben. Sie nehmen hingegen selektiert Botschaften aus der sie umgebenden Welt wahr, welchen sie in einem inneren Vorgang eine Bedeutung erteilen, um dann mit einer bestimmten Aktion wieder in die Welt hinaus zu handeln. Dieser Halbbogen eines Kreises wird als Merkmal-Interpretant-Wirkmal bezeichnet. Auf diese Weise – durch selektierte Wahrnehmung und die Einflussnahme auf die Umwelt nach erfolgter innerer Bedeutungszuteilung – konstruieren

iert sich jedes Lebewesen eine individuelle Umwelt. Dadurch wird ein Optimum an Überlebenschancen für das Lebewesen angestrebt. Das jeweilige Gegenüber, der Partner im Kommunikationsprozess selektiert aus den Wirkmalen des Gegenübers wiederum seine Wahrnehmungen, welche für ihn nun zu Merkmalen werden. Damit beginnt der Wahrnehmungs-, Interpretations- und Handlungsprozess aufs Neue, wobei jetzt Sender- und Empfängerseite gewechselt haben. Für mich als behandelnder Arzt ist entscheidend, dass ich akzeptiere, dass die Welt des Patienten eine andere ist als meine eigene und dass der Patient auch mich anders wahrnimmt, als ich mich vielleicht selbst sehe. Daraus resultiert sogleich die zweite Frage, nämlich die, wie ich etwas erfahre über die Welt meines Gegenübers.

2. Wie wird kommuniziert?

Damit widmen wir uns der Frage, wie biologische Systeme miteinander kommunizieren. Die Kommunikation geschieht über den Austausch von Zeichen. Hilfreich ist, Zeichenklassen zu unterscheiden, welche sich auf den amerikanischen Philosophen Charles Sanders Peirce [13] zurückführen lassen, der, gemäß einer Einteilung von logischen Beziehungen in drei „Universal-kategorien“, zwischen ikonischen, indexikalischen und symbolischen Zeichen unterscheidet.

- ▶ Das ikonische Zeichen stellt die unmittelbare Äußerung einer Gefühlsqualität, einer emotionalen Verfassung dar, ein Angst- oder Schmerzenslaut, ein mimischer Ausdruck, eine Körperhaltung, ein Erröten oder Erblassen, welche jeweils für sich selbst steht und nicht Ausdruck eines evtl. zugrunde liegenden Zweiten ist.
- ▶ Das Zeichen der Zweithheit wäre ein indexikalisches Zeichen. Auf die Medizin angewandt sind z.B. objektivierbare Symptome wie Fieber oder Ikterus oder eine Leukozytose indexikalische Zeichen, welche wahrgenommen werden können und denen eine zu Grunde liegende Ursache vorangeht. An dieser Stelle hätten wir es mindestens näherungsweise mit Wirkungs-Ursachen-Beziehungen zu tun.
- ▶ Symbolische Zeichen schließlich sind metakommunikative Zeichen wie Sprache oder Schrift, welche eine Kommunikation über ein Drittes bedeuten. Symbolische Kommunikation setzt die Kenntnis von Codierungen voraus, d. h. ich muss, um kommunizieren zu können, die Schriftzeichen kennen oder die Sprache verstehen.

Auf die Medizin angewandt ist festzustellen, dass in der Regel die Kommunikation über alle Zeichenklassen gleichzeitig abläuft. Dabei bestehen individuelle Unterschiede. So gibt es Menschen, welche sehr gut auf der symbolischen Ebene reden oder schreiben können. Gleichzeitig kann aber eine merkwürdige Beziehungslosigkeit zur Gefühlsebene spürbar werden, ja häufig können eigene Gefühle nicht wahrgenommen werden. Wieder andere sind in ihrem Abstraktionsvermögen eingeschränkt und können sich nur schlecht sprachlich äußern, wohl aber lassen sich aus ihrer Körpersprache Rückschlüsse ziehen auf die innere Welt dieser Patienten. Ein Extrembeispiel stellen demente oder Patienten im Wachkoma dar. Es gibt durchaus auch Widersprüchlichkeiten bei der Kommunikation auf der symbolischen oder der ikonischen Ebene, welche der Arzt als Verwirrungsempfindung bei sich selbst wahrnehmen kann. Oder es gibt Themenbereiche, etwa solche, welche mit Angst- oder Schamgefühlen verbunden sind, bei denen der Strom symbolischer Zeichen plötzlich versiegt und eine Sprachlosigkeit eintritt, gleichzeitig aber lebhaft ikonische Zeichen ausgesandt

werden können. Bei der Kommunikation ist immer zu berücksichtigen, dass auch vom Arzt ausgesandte Zeichen symbolischer Natur nicht gehört oder nicht verstanden werden können und ihm vielleicht die eigenen ausgesandten ikonischen Zeichen gar nicht bewusst sind.

3. Vertikal und horizontal vernetzte Systeme

Große Studien werden oft gewonnen, indem man z.B. durch die Randomisierung eine möglichst homogene Verteilung der untersuchten Populationen erreicht, sodass Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe an Ende möglichst nur auf die Intervention zurück geführt werden können. Dieser reduktionistische Ansatz, das künstliche Schaffen einer klaren Ursache-Wirkungs-Beziehung entspricht aber nicht der unbeflussten Wirklichkeit. Lebende Systeme sind eher über eine Vielzahl von horizontal und vertikal vernetzten Regelsystemen organisiert. Die dritte Komponente des Modells „Integrierte Medizin“, die Systemtheorie, trägt dem Rechnung. Regelsysteme auf zellulärer, ja intrazellulärer Ebene oder auf der Ebene zwischen Organen laufen zwar unbewusst ab, werden aber vielfältig über die psychische Verfassung moduliert. Es ist bekannt, dass Menschen mit Depressionen einen schlechter eingestellten Diabetes aufweisen oder häufiger Herzinfarkte erleiden als nicht depressive [14].

Die Regelsysteme reichen von der molekularen Ebene bis „hinauf“ zur Ebene eines interindividuellen, eines sozialen Austausches untereinander bis hin zum Umgang von Völkern miteinander.

Ziel all dieser Regulationsvorgänge ist das Überleben in und mit einer dem Überleben zuträglichen Umwelt. Diesen Vorgang nannte Th. v. Uexküll die Passung. Gesundheit wäre nach dieser Betrachtungsweise mit guter Passung verknüpft, mit einer Passungsstörung das Kranksein.

Bedeutung in (haus)ärztlicher Tagesarbeit

▼
Wenn wir nun zurückkehren zu der – vielleicht nur scheinbaren – Klarheit epidemiologischer Studien und ausgerüstet mit der Kenntnis der Komponenten des Modells „Integrierte Medizin“, dann werden Begriffe wie compliance oder adherence, oder shared decision-making oder „schwieriger Patient“ mindestens verständlicher.

Wenn wir voraussetzen, dass der Patient in jeder Situation beschäftigt ist, eine für sein aktuelles Überleben und subjektives Wohlbefinden günstige Lage herzustellen, sich also um Passung bemüht, werden wir sofort einsehen, dass seine Vorstellungen von Passung nicht immer mit unseren übereinstimmen. Die Welt des Arztes ist zunehmend geprägt von Aspekten, welche sich mit dem Begriff des „public health“ belegen lassen. Der Arzt bemüht sich, mögliche Erkrankungen schon im Vorfeld zu vermeiden, evtl. vorhandene Krankheiten früh zu erkennen und letztlich darauf hinzuwirken, dass weder eine akute Erkrankung aktuell, noch eine chronische später den Patienten zu Schaden kommen lässt. Prinzipiell sollte man voraussetzen können, dass dieses Bemühen auch von den Menschen geteilt wird, welche sich dem Arzt anvertrauen. Dem ist aber häufig nicht so.

Der Patient – nennen wir ihn einmal so – ist zunächst damit beschäftigt, seine aktuelle Situation zu bessern. Im Falle akuter bedrohlicher Erkrankungen wird somit meistens ein Konsens zwischen Arzt und Patient herstellbar sein.

Bei chronischen, langfristigen Erkrankungen ist das durchaus anders. Hier können Verleugnung und Verdrängung von Krankheit zu den aktuellen Überlebensstrategien des Patienten zählen. Er will sein Leben meistern, vielleicht gar genießen, will nicht konfrontiert sein mit dem Bewusstsein von Erkrankung und damit verknüpfter Phantasie von Siechtum und Tod. Hans Georg Gadamer beschreibt Gesundheit als das selbstvergessene Weggegeben-Sein an die beruflichen und privaten Lebensvollzüge [15]. Danach streben Menschen. So wird die Nichteinnahme verordneter Medikamente oder deren Unterdosierung verständlich. Raucher oder Übergewichtige sprechen eine deutliche Sprache in diesem Zusammenhang. Sie alle wissen, dass Rauchen, Überernährung und Bewegungsmangel „ungesund“ sind. Aber sie schaffen es nicht, eine vage Aussicht auf eine bessere Situation in vielen Jahren über ihre momentanen Passungsbedürfnisse zu stellen. Dabei tut nichts zur Sache, dass es sich dabei häufig um „Pseudopassungen“ handelt, welche nur kurzfristige Entlastung von momentanen schlechten Gefühlsqualitäten oder inneren Spannungen bedeuten.

Es ist dann Aufgabe für den Arzt, unter Berücksichtigung der erwähnten Wahrnehmung der kommunikativen Zeichen, einen möglichst guten Kontakt und damit ein gutes Beziehungsvertrauen zum Patienten herzustellen. Dabei muss zuweilen – wenigstens vorübergehend – um eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung herzustellen oder aufrecht zu erhalten in Kauf genommen werden, dass der Pfad einer Public-health-Tugend verlassen wird, um den Patienten, wie das Klaus Dörner formuliert, bei seinen Irrtümern zu begleiten [16]. Durch solches Vorgehen in kleinen Schritten kann dem Patienten die so wichtige Erfahrung der Selbsteffizienz vermittelt werden. Häufig aber wird der Arzt akzeptieren müssen, dass der Patient gerade mit seinen Kindern, seiner Ehe oder seiner Arbeitsplatzsicherung beschäftigt ist und sich deshalb nicht „krankheitsadäquat“ verhalten kann. Einen meiner Diabetes-Patienten z.B. konnte ich nicht intensiviert auf Insulin einstellen, weil er als Nachtwächter arbeitete und unmöglich während der Nacht seine Blutzuckerwerte kontrollieren konnte. Denn es durfte nicht bekannt werden, dass er überhaupt insulinpflichtig war. Mindestens hatte der Patient die Befürchtung, entlassen zu werden, wenn der Diabetes nicht geheim bliebe.

Sehr häufig sind – anders als hier geschildert – dem Patienten und/oder dem Arzt Hemmnisse der Krankheitswahrnehmung (also einer Passungsstörung) oder Hemmnisse für krankheitsadäquates Verhalten nicht bewusst. Zuweilen kann der Arzt dann über die Wahrnehmung ikonischer Zeichen eine solche Nichtpassung bemerken oder er kann eigene Gefühlsqualitäten wie Mutlosigkeit, Enttäuschung, Aversion oder Aggression im Sinne einer solchen Passungsstörung deuten. Wenn dem Arzt alleine nicht gelingt, mit dem Patienten eine weiterführende „gemeinsame kommunikative Wirklichkeit“ herzustellen, dann kann helfen, die Erfahrungen und das Erleben mit diesem Patienten in eine Gruppe anderer Professioneller, z.B. eine klassische Balint-Gruppe, einzubringen. Die „Integrierte Medizin“ schuf dafür ein spezielles Gruppenverfahren, welches sie als „reflektierte Kasuistik“ bezeichnet. Diese Gruppenarbeit funktioniert durch die Erweiterung der „Resonanzbasis“ auf mehrere Ärzte mit unterschiedlichen Lebensgeschichten, unterschiedlichen Erlebens- und Erfahrungswelten, welche sich untereinander austauschen. Der Austausch ist am ehesten erfolgreich, wenn es eben nicht um die intellektuelle Abstraktionsebene geht, sondern wenn gelingt, die Ebene unmittelbaren Fühlens und Erlebens, die Ebene der Ikonizität kommunizierbar zu machen.

Die Notwendigkeit, einen Patienten einer spezialistischen Psychotherapie zuzuführen, kann hier ebenso gegeben sein, wie wenn der Hausarzt in der „Organmedizin“ an seine Grenzen kommt.

Tragfähiges Modell für alle Versorgungsebenen und -spezialisierungen

Der Ansatz integrierte Medizin ist meines Erachtens ein für alle ärztlichen Interventionsebenen und Spezialisierungen schlüssiges Handlungsmodell. In Affoltern in der Schweiz wurde erfolgreich der Versuch unternommen, ein kommunales Krankenhaus nach ähnlichen Prinzipien zu führen [17]. Die Hausarztpraxis mit ihren spezifischen Arbeitsbedingungen und ihrem implizit integrierten Behandlungsauftrag muss ebenso den verführe- risch klaren Public-health-Aspekt epidemiologischer Studien berücksichtigen, wie den häufig schwierigen und unklaren, im Nebel liegenden Aspekt individueller Passungsbemühungen. Das praktische Vorgehen kann darin liegen, mit einer Grundbereitschaft zur ganzheitlichen kommunikativen Wahrnehmung dem Patienten zu begegnen. Häufig wird ein problemorientiertes Handeln, durchaus auch im einfachen Ursache-Wirkungs-Modell, ausreichen, das je aktuelle Patientenproblem befriedigend zu lösen. Wenn der Arzt aber stets bereit ist, das Zoom auf die Totale aufzuziehen, sobald Unklarheiten, Unbehaglichkeiten, Passungszweifel auftauchen und er dann bereit ist, mit allen Komponenten des Modells zu arbeiten, alleine, vielleicht auch im Austausch mit einer Gruppe, könnten wir dem Ziel einer „Menschenmedizin“ auf allen Versorgungsebenen näher kommen.

Interessenskonflikte: keine angegeben.

Literatur

- 1 www.bnk.de/uploads/media/0607_722.pdf
- 2 Chiasson JL, Josse RG, Gomis R, et al. STOP-NIDDM Trial Research Group. Acarbose treatment and the risk of cardiovascular disease and hypertension in patients with impaired glucose tolerance: the STOP-NIDDM trial. *JAMA* 2003; 290: 486–494
- 3 www.leitlinien.de/leitlinienqualitaet/index/view
- 4 Heart Protection Study Collaborative Group MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 7–22
- 5 www.img.uni-bayreuth.de/index.php?option=content&task=view&id=94
- 6 Preusker U. Priorisierung statt verdeckter Rationierung. *Dtsch Arzteblatt* 2007; 104: A930–A936
- 7 Hackenbroch V. Wie ticken Ärzte? *Der Spiegel* 2007; 132–133
- 8 Keller M, Küppers A, Leyendecker K. Krisenfall Bluthochdrucktherapie. *Stern* 2007; 143–156
- 9 Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, et al. Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71–72
- 10 Merker P, (Hrsg). Schillers Werke Band 6 „Philosophische Schriften“: Über naive und sentimentalische Dichtung 245–334 Philip Reclam jun. Verlag Leipzig
- 11 Uexküll T, Geigges W, Plassmann R. Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis. Schattauer Verlag Stuttgart, New York, 2002
- 12 www.degam.de/fachdefinition.html
- 13 Peirce CS. Phänomen und Logik der Zeichen. Suhrkamp Verlag Frankfurt a.M., 1983; 39–98
- 14 Deuschle M, et al. Erhöhtes kardiovaskuläres Risiko bei depressiven Patienten. *Dtsch Arzteblatt* 2002; 99: A3332–A3338
- 15 Gadamer HG. Philosophie und praktische Medizin in Gadamer, HG. Über die Verborgenheit der Gesundheit Suhrkamp Verlag Frankfurt a.M. 1993; 121–132

- 16 Dörner K. Der gute Arzt. Schattauer Verlag Stuttgart, New York, 2001; 106ff
- 17 Hess C, Hess-Cabalar A. Die gelebte Vision – das unspektakulär Spektakuläre in: Menschenmedizin – für eine kluge Heilkunst. Suhrkamp Verlag Frankfurt a.M 2006; 123–216

Zur Person**Dr. med. Gernot Rüter,**

Medizinstudium 1968–1974 in Freiburg.
Promotion 1974.

Weiterbildung zum Allgemeinarzt 1976–
1980. Seit 1980 Niederlassung in Benningen/
Neckar. Seit 1993 Moderator eines hausärzt-
lichen Qualitätszirkels. Forschungsarbeiten
im QZ und mit dem Deutschen Krebsfor-

schungszentrum und dem Lehrstuhl für Allgemeinmedizin und
Versorgungsforschung Heidelberg. Schwerpunkte: Tumorpä-
tienten in der Hausarztpraxis, Diabetikerversorgung, Koopera-
tion zwischen den Versorgungsebenen, Fortbildung von
Spezialisten durch Hausärzte.

Mitglied der Uexküll-Akademie für integrierte Medizin. Mehr
als 25 Jahre Balint-Gruppenerfahrung.

Verheiratet mit einer Psychotherapeutin (Dipl.-Psychologin),
zwei Kinder.