

## Beyer M, Erler A, Gerlach FM. Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 1. Grundlagen und internationale Modelle. Z Allg Med 2010; 86: 93–98

### Leserbrief von Dr. med. Günther Egidi

Martin Beyer und die Frankfurter Kollegen stellen in ihrem Artikel die in das Gutachten des Sachverständigenrates Gesundheit 2009 eingeflossenen Überlegungen zu einer Neuorientierung hausärztlicher Tätigkeit in besser mit anderen Leistungserbringern koordinierten und aus größeren Einheiten bestehenden Hausarzt-Praxen vor.

Ein wesentlicher Baustein ihrer Überlegungen ist, dass im Zuge der Alterung der Bevölkerung chronische Krankheiten einen immer wesentlicheren Anteil hausärztlicher Tätigkeit bekommen werden. Unter Berufung auf die Heidelberger CONTENT-Arbeitsgruppe sprechen sie davon, dass bereits jetzt 80 % hausärztlicher Beratungsanlässe auf chronische Erkrankungen zurückgehen.

Bei allem Respekt vor der Notwendigkeit eines pro-aktiven Handelns gerade bei chronischen Erkrankungen: Diese Zahl glaube ich aus meiner hausärztlichen Anschauung heraus nicht!

Wie wird das denn erfasst?

Generiere ich eine chronische Erkrankung, wenn eine Patientin in meine Praxis kommt, der es eigentlich

recht gut geht – und die in dem Moment, in dem ich in einer hausärztlichen Verlegenheits-Aktion einen leicht erhöhten Blutdruck messe, zur Chronikerin wird – wenn dann auch noch das Cholesterin erhöht ist, gleich zur Multimorbiden?

Wir haben gute Daten darüber, wie hoch die Prävalenz degenerativer Bandscheibenveränderungen ist – und dass die Diagnose eines Bandscheiben-Prolaps recht wenig zu tun hat mit entsprechenden Beschwerden.

Wann bin ich jetzt Chroniker? Wenn einmal ein Bandscheibenprolaps bei mir kodiert worden ist – oder nur, wenn die entsprechenden Beschwerden mich regelmäßig zum Besuch meiner Hausärztin veranlassen?

Wie steht das mit politisch gewollten DMP-Terminen oder ähnlichen Anlässen? Hier würde sich eigentlich die Katze in den Schwanz beißen:

Man erzeugt „chronische Beratungsanlässe“ und verweist dann auf deren Häufigkeit, um das „Chronic-Care-Modell“ zu begründen.

Meine persönliche Anschauung – zugegebenermaßen niedrigster Evidenzlevel, aber immerhin Evidenz aus der Konfrontation mit realen Patienten – ist die, dass Schwindel, Schmerzen, Infekte,

Verdauungsbeschwerden etc. die häufigsten Beratungsanlässe sind.

Natürlich ist es unsere Aufgabe, in der Betreuung chronisch Kranker dem Diktat des Dringlichen zu entkommen und nicht zu warten, bis eine Dekompensation der jeweiligen Erkrankungen zum Handeln zwingt.

Aber mindestens genauso ist es unsere hausärztliche Aufgabe, Patienten dabei zu helfen, sich nicht in erster Linie als Diabetiker, Herzinsuffizienter, Asthmatiker etc. zu fühlen, sondern auch dann, wenn diese Krankheiten einmal diagnostiziert sind, möglichst wenig davon zu merken. Und unser Job ist es auch, akute Beschwerden auf eine Weise zu lindern bzw. den Patienten dabei behilflich zu sein, selbst damit umzugehen, dass keine Chronifizierung daraus entsteht.

Günther Egidi

#### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Günther Egidi  
Huchtinger Heerstr. 41  
28259 Bremen  
Tel.: 04 21 / 5 79 76 75  
E-Mail: familie-egidi@nord-com.net

### Antwort der Autoren auf diesen Leserbrief

Günther Egidi hat zunächst einmal recht – wir haben uns im Aufsatz missverständlich ausgedrückt: „Bereits heute sind über 80 % aller Beratungsanlässe beim Hausarzt (und d. h. seiner Versorgungslast) durch chronische Erkrankungen bedingt“ [1]. Versteht man Beratungsanlässe und -ergebnisse im üblichen Sinne als Bestandteile unabhängiger Krankheitsepisoden, so ist die Bedeutung chronischer Erkrankungen in der Hausarztpraxis sicher zu hoch veranschlagt. Andererseits ist schon lange bekannt, dass (je nach Eingrenzung chronischer Erkrankungen) etwa zwei Drittel

aller primärmedizinischen Konsultationen eine chronische Erkrankung zumindest auch zum Gegenstand haben [2]. Bedenkt man, dass derartige Konsultationen meist auch länger dauern und zu mehreren einzelnen Patientenangelegenheiten stattfinden, kommt man aber doch schnell in den Bereich, wo ein Hausarzt einen großen Teil seiner Arbeitszeit mit chronischen Anliegen befasst ist. Darauf wollten wir hinaus. Eine aktuelle und systematische Analyse hausärztlicher Arbeit und Leistungsverausgabung aus Deutschland ist uns leider nicht bekannt, das dürfte darauf hindeuten, wie wenig dieses Problem bewusst ist.

Selbstverständlich darf mit dem Begriff chronischer Erkrankungen in der

Hausarztpraxis nicht unkritisch umgegangen werden, auch hier geben wir G. Egidi recht.

Die Abgrenzung chronischer Krankheiten ist bis heute noch nicht unstrittig gelungen; eine operative Abgrenzung von „conditions that last a year or more and require ongoing medical attention and/or limit activities of daily living“ [3], wird aber sicher kaum strittig sein und betrifft einen großen Anteil der Hausarztpatienten. Dabei ist immer vorausgesetzt, dass der Krankheitszustand aktiv ist und sich nicht alleine auf eine Normabweichung von einem numerischen Wert beschränkt, wie dies z. B. bei Fettstoffwechselstörungen der Fall ist. Hier wären wir in der Tat vorsichtig, von

einer „chronischen Erkrankung“ zu sprechen.

Hiervon ausgehend ist an einige wichtige Probleme im Umgang mit chronischen Gesundheitsstörungen in der Hausarztpraxis zu erinnern. Dazu zählt neben der Medikalisierung von Normabweichungen sicher auch das abwartende Offenhalten gerade bei psychischen Problemen (Depressivität) und der Vermeidung von iatrogenen Chronifizierung sowie auch die inhärente Gefahr einer eingeeengten Auslegung des Chronic-Care-Modells, das die strukturierte Behandlung einzelner Krankheiten (die „Diabetiker-Sprechstunde“) zu einer unnötig fragmentierten Versorgung [4] führt (das wurde auch in unserem Aufsatz erwähnt). Dies muss aufmerksam beobachtet und in der Allgemeinmedizin auch kritisch diskutiert werden.

Trotzdem ist ein Konzept der strukturierten Versorgung chronischer Erkrankungen für die Hausarztpraxis nach unserem Dafürhalten unverzichtbar

und unterstützt richtig angewandt im übrigen auch den Patienten in seinem Leben mit der Krankheit. Es ist aber sicher sinnvoll, wenn die Realisierung dieses Konzepts in der hausärztlichen Versorgung kontinuierlich kritisch diskutiert wird, und so ist dies hoffentlich nicht die letzte Debatte in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin darüber gewesen.

*Martin Beyer, Antje Erler,  
Ferdinand M. Gerlach*

Institut für Allgemeinmedizin,  
Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Frankfurt/M.

#### Korrespondenzadresse:

Martin Beyer  
Institut für Allgemeinmedizin  
Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt  
Tel.: 069 / 63 01-83 877, Fax: -64 28  
E-Mail: Beyer@allgemeinmedizin.  
uni-frankfurt.de

#### Literatur

1. Beyer M, Erler A, Gerlach FM. Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 1. Grundlagen und internationale Modelle. *Z Allg Med* 2010;86: 93–98
2. Hoffmann C, Rice D, Sung H-Y. Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. *JAMA* 1996; 276: 1473–79
3. Parekh AK, Barton MB. The Challenge of Multiple Comorbidity for the US Health Care System. *JAMA* 2010; 303: 1303–04
4. Tinetti ME, Bogardus ST, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *NEJM* 2004; 351: 2870–4