

Komplexe Hausarztmedizin

Family Medicine and Complexity

Harald Kamps¹, Dirk Harms²

Zusammenfassung: Die Medizin wird zunehmend komplizierter und komplexer. Entscheidungen müssen auf mehr oder weniger gesicherter Grundlage gefällt werden. Eine weitere Basis medizinischer Entscheidungen ist die mehr oder weniger große Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient. In Anlehnung an das Stacey-Diagramm mit den Achsen Sicherheit und Übereinstimmung, das der Komplexitätstheorie entstammt, wird eine Vierfeldertafel beschrieben, die dem Arzt unterschiedliche Positionen zuweist: die des Handwerkers oder Dienstleisters, die des Heilers, die des Zeugen oder Begleiters und die des Lehrers. Hausärztliche Kunst ermöglicht einen ständigen Wechsel dieser Rollen, angepasst an den Rhythmus und die Erwartungen des Patienten. Die Vierfeldertafel kann bei der Entwicklung der Theorie allgemeinmedizinischer Praxis und der kritischen Reflexion eines hausärztlichen Arbeitstages hilfreich sein.

Schlüsselwörter: Komplexität; Hausarztmedizin; Unsicherheit; Übereinstimmung; Dienstleister; Heiler; Zeuge; Begleiter; Lehrer

Summary: Medical practice has always been a challenging task and is becoming more and more complex. Doctors have to make decisions with a greater or lesser extent of certainty based on different levels of evidence. Furthermore the degree of agreement between doctor and patient is often ambiguous, which renders shared decision making a further challenge. The Stacey matrix, which is derived from complexity theory, illustrates these correlations. By reducing the complexity to a fourfold table the doctor is attributed with four different roles: technician, healer, witness or companion and teacher. The art of improvising enables the doctor to change the roles according to the rhythm and expectations of the patients. The fourfold table can help to develop the theory of family practice and support critical reflections of everyday practice.

Keywords: Complexity; Family Medicine; Certainty; Agreement; Shared-decision-making; Technician; Healer; Witness; Companion; Teacher

Einleitung

Bis vor wenigen Jahren wurden viele Fragestellungen in der Medizin als „multifaktoriell“ beschrieben – heute wird häufiger der Begriff „komplex“ verwendet. Eine medizinische Fragestellung ist eben nicht einfach eine Gleichung mit berechenbaren Faktoren, denn die einzelnen Faktoren wirken aufeinander, nacheinander, rückkoppelnd und manchmal überraschend sprunghaft. Viele biologische Systeme lassen sich nur in Teilen genau beschreiben. Es ist schwierig, vorauszusagen, wie diese Systeme sich in der Zukunft verhalten werden. Die theoretische Informatik hat für solche Systeme die Komplexitätstheorie entwickelt. Diese wurde schnell von Ökonomen und auch von Medizinern adaptiert. Die europäische Debatte in der Medizin wurde 2001 von einer vierteiligen Artikelserie im BMJ angestoßen [1–4].

Die Artikelserie gibt eine gute Einführung in die Bedeutung der Komplexitätstheorie für die Entwicklung des Gesundheitswesens, der klinischen Versorgung und der medizinischen Fort- und Weiterbildung. Die Komplexitätstheorie war ein wichtiges Thema des europäischen WONCA-Kongresses in London 2002 und sogar das übergeordnete Leitthema des Kongresses 2009 in Basel [5].

Wie können in einer komplexen Situation Entscheidungen getroffen werden – in einer Situation, die nicht sicher beschrieben werden kann und in der dann auch noch zwischen Arzt und Patient ein hohes Maß an Übereinstimmung geschaffen werden muss? Diese Begriffe werden in einem von Stacey entwickelten Diagramm veranschaulicht. Stacey arbeitete als Organisationsberater und das Diagramm beschreibt zwei Achsen – die x-Achse verweist auf den Faktor mehr oder weniger Sicher-

heit, die y-Achse auf mehr oder weniger Verständigung oder Übereinstimmung. Die Autoren der Artikelserie zur Komplexität adaptieren jetzt dieses Diagramm für die Medizin [1]. Sie beschreiben einen Bereich der „einfachen Zone“, die sich durch hohe Sicherheit und einen hohen Grad an Verständigung oder Übereinstimmung auszeichnet. Als „chaotisch“ wird der gegenteilige Bereich beschrieben: Alles ist offen, alles ist möglich; der Arzt sucht nach erklärenden Mustern. Das größte Areal bildet die „komplexe Zone“.

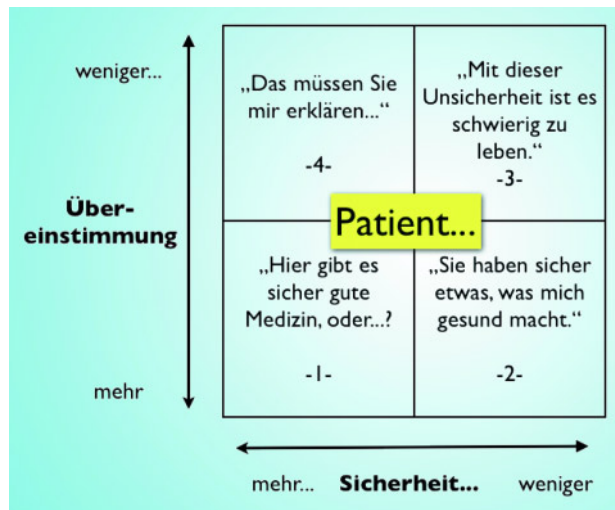
Der zweite Artikel der BMJ-Serie befasst sich mit den klinischen Strategien in dieser „komplexen Zone“ näher [2]: Qualitätsspiralen, intuitive Entscheidungen und der Gebrauch von Metaphern sind hier gefragt. Evidenzbasierte Medizin schafft die Sicherheit für die eher einfachen Entscheidungen: Das Röntgenbild zeigt eine Schenkelhals-

¹ Niedergelassener Hausarzt in Berlin

² Niedergelassener Hausarzt in Brandenburg, Havel

Peer reviewed article eingereicht: 29.05.2011, akzeptiert: 19.07.2011

DOI 10.3238/zfa.2011.0361

**Abbildung 1**

Feld 1: hohe Sicherheit, hohe Übereinstimmung.

fraktur und Patient und Chirurg sind sich einig, dass eine Endoprothese die beste Lösung ist.

Komplexer wird es beim Patienten mit chronischen Rückenschmerzen: Das MRT zeigt einen Bandscheibenvorfall, aber im Gespräch mit drei Ärzten wird diesem Befund unterschiedliche Bedeutung beigemessen. Der Neurochirurg bietet eine Operation „mit unsicherem Ergebnis“ an, der Orthopäde rät von einer Operation ab und verschreibt noch einmal Krankengymnastik, auch der Hausarzt ist skeptisch, weiß er doch, dass die Ehefrau des Patienten nach einer missglückten Rückenoperation wieder mühsam laufen lernen muss.

Das Diagramm beschreibt zwei wichtige Kategorien in der täglichen hausärztlichen Praxis: Die medizinische Wissenschaft liefert nur begrenzt sicheren Rückhalt, wenn Symptome und Beschwerden als klar umschriebene Krankheiten diagnostiziert werden sollen oder wenn mehr oder weniger klar definierte Krankheiten behandelt werden sollen. Evidenzbasierte Medizin hilft zwar mit ihren Leitlinien dem einzelnen Arzt aus der Fülle der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten die angemessenen und Erfolg versprechenden auszuwählen, allerdings lassen sich viele Krankheitssymptome nicht unter dem Dach einer Diagnose vereinen und viele Krankheiten warten auf angemessene Therapien. Die medizinische Praxis wird immer eine Praxis der Unsicherheit bleiben.

Zudem müssen sich die Akteure in der medizinischen Wissenschaft und in der medizinischen Praxis über diese Un-

sicherheit verständigen. Die einvernehmliche Verständigung in der Wissenschaft begründet Schulen und Methoden. Die einvernehmliche Verständigung in der Praxis begründet eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung oder „shared decision making“. In der Praxis müssen sich Arzt und Patient also fortlaufend dazu verhalten, dass medizinische Entscheidungen immer mehr oder weniger sicher sind. Der Patient muss sich entscheiden, in wieweit er medizinische Entscheidungen dem Arzt überlässt, und der Arzt muss sich entscheiden, in wieweit er diese Verantwortung übernehmen will. Die Erwartungen an den Arzt können also im gesamten Feld, das im Stacey-Diagramm beschrieben wird, liegen. Um diese Komplexität zu reduzieren, wird hier eine Vierfeldertafel beschrieben. Mit Hilfe dieser Kategorien kann das Arzt-Patientenverhältnis veranschaulicht werden. Ziel ist es, den Dialog zwischen Patient und Arzt leichter kritisch reflektieren zu können (Abb. 1).

Feld 1: hohe Sicherheit, hohe Übereinstimmung

Herr B., 40 Jahre alt, entdeckt eine kugelige Verdickung in der linken Leiste, diese schmerzt, besonders wenn er freitags im Fitnessstudio ist. Er ist besorgt. Als er dies seinem Hausarzt vorträgt, hat dieser die Erkrankung bereits diagnostiziert, bevor er den Leistenbruch ertastet. Der Hausarzt rät zur Operation und schreibt eine Überweisung zum Chirurgen.

Es handelt sich also um eine wenig komplexe Situation. Die Sorge des Patienten: „Kann das auch Krebs sein?“ ist bald verflogen, die Diagnose lässt sich durch wenige Fragen und eine kurze, gut definierte Untersuchung bestätigen. Als Therapie gibt es für einen jungen Mann kaum Alternativen. Viele andere Konsultationen fallen in dieses Feld: der rasche Blick in den Hals, der eine eitrig Mandelentzündung unwahrscheinlich macht; die beruhigende Blutdruckmessung; die Schmerzmittel, die endlich helfen. Die Situationen mögen sehr viel komplexer sein, aber Arzt und Patient sind damit zufrieden, dass sie die Situation lösen können. In diesem Feld arbeitet der Arzt als Handwerker und der Patient ist zufrieden, einen Fachmann gefunden zu haben, der sein Handwerk versteht.

Diese Zufriedenheit kann auch problematisch sein. Da kommt der 30-jährige Mann, der bei einer berufsbedingten Untersuchung einen hohen Blutdruck hatte. Die digitale Messung gibt einen Druck von 164/80 an. Eine 24-Stunden-Messung bestätigt diesen Wert. Der Arzt verschreibt ein blutdrucksenkendes Medikament. Der Patient kommt vier Mal im Jahr, um ein neues Rezept zu holen. Ab jetzt stimmt der Blutdruck. Arzt und Patient sind zufrieden. Aber: Wie sicher ist sich der Arzt, dass seine Behandlung sinnvoll ist? Was weiß er über die jahrzehntelange Einnahme eines ACE-Hemmers? Was macht die jahrelange tägliche Einnahme eines Medikamentes mit dem Krankheitsverständnis eines jungen Mannes? Ist er nicht ab jetzt eher geneigt, jedes Symptom mit einem Medikament zu behandeln? Gehört diese Behandlungssituation nicht eher in das nächste Feld (Abb. 2)?

Feld 2: geringe Sicherheit, hohe Übereinstimmung

Mit westlicher Medizin aufgewachsene Menschen wissen es: Hoher Blutdruck ist gefährlich und muss behandelt werden. Auch unter Medizinern ist die Zustimmung zu dieser These hoch. Wenn die Frage aber komplexer wird: Gilt dies für Frauen und Männer gleichermaßen? Für alle Altersklassen? In allen Situationen – auch beim akuten Schlaganfall zum Beispiel? Ist die Tablette am Mor-



Abbildung 2
Feld 2: geringe
Sicherheit, hohe
Übereinstimmung.

gen für viele nicht die zu einfache Lösung – wären nicht mühsamere Änderungen des Lebensstils besser?

Es macht also Sinn, diese Fragen in Feld 2 anzusiedeln. Dann werden Hilfsmittel entwickelt, die eine Beratung in dieser komplexen Situation erlauben: z.B. das von Mitarbeitern der allgemeinen medizinischen Institute in Marburg, Düsseldorf und Rostock entwickelte Beratungstool „arriba“ [6].

Dann freut man sich über Studien, die zeigen, was nach 35 Jahren aus Männern wird, die bei ihrer Musterung einen hohen Blutdruck hatten [7]. Dort lernen wir, dass eher der diastolische Blutdruck über 90 mmHg problematisch ist, nicht der systolische – und schon ist unsere Unsicherheit ein wenig geringer. In diesem Feld begegnen uns aber auch Menschen, für die wir in naher Zukunft wenig Hilfe durch die medizinische Wissenschaft erwarten dürfen. Menschen mit chronischen unerklärten Schmerzen; Menschen mit krankmachender Müdigkeit; Menschen mit subjektiv bedrohlich erscheinenden Verdauungsbeschwerden – die medizinische Wissenschaft bietet hier oft widersprüchliche Erklärungsmodelle. Hier öffnet sich das Feld für unterschiedliche Schulen – auch der Komplementärmedizin: wenn diese Arzt und Patient überzeugen, dann helfen ab jetzt Bachblüten, homöopathische Behandlungen, Akupunktur, Vitamin-D-Infusionen und Entschlackungskuren. Auch für den Schulmediziner ist dieses Feld eine lukrative Möglichkeit, durch vom Patienten zusätzlich zu zahlende diagnostische oder therapeutische Maßnahmen, Unsicherheit zu

verringern. In diesem Feld arbeitet der Arzt als Heiler und der Patient ist froh, endlich einen Arzt gefunden zu haben, der seine Beschwerden ernst nimmt und lindert.

Es ist insgesamt das Feld, in dem Patient und Arzt übereinkommen, mit der Unsicherheit zu leben, weitere Diagnostik einzustellen und nach Möglichkeiten zu suchen, die das Leben erträglicher machen. Hier wendet sich der Blick weg von der Null-Risiko-Einstellung hin zu einem Leben, das ein unsicheres Geschäft ist. Diese Einstellung wird im nächsten Feld noch radikaler gelebt (Abb. 3).

Feld 3: geringe Sicherheit, geringe Übereinstimmung

Frau S. ist 60 Jahre, sie lebt seit vielen Jahren mit Durchfällen. Sie kommt nur dann in die Praxis, wenn es gar nicht mehr anders geht: Bekannt sind eine beginnende Leberzirrhose und Episoden einer Pankreatitis. Sie trinkt zu viel Alkohol. Auch der Blutzucker ist erhöht, die Diagnose Diabetes konnte noch nicht eindeutig gestellt werden. Der Blutdruck ist ebenfalls erhöht, die verordnete Behandlung wird nur selten eingehalten. Der Arzt erlebt immer wieder, dass seine wohl gemeinten Ratschläge in den Wind geschlagen werden. Mit der Zeit erkennt er, dass es vielleicht reicht, ein fachlicher Begleiter dieser lebensbedrohlichen Situation zu sein. Er ist erreichbar, wenn es für die Patientin zu schwierig wird und hat ein offenes Ohr, wenn die Symptome gelindert werden

müssen. Arzt und Patient wissen gemeinsam, dass die Lebensweise einen frühzeitigen Tod provoziert, die Patientin hat sich damit abgefunden. Für den Arzt ist es schwierig zu akzeptieren, Zeuge dieser Entwicklung zu sein und wenig Heilsames beitragen zu können.

Da ist es einfacher und kreativer in diesem Feld, die Angstprobleme eines Patienten zu besprechen, wenn der Patient die Suche nach der einen auslösenden Ursache eingestellt hat und auch nicht vom Arzt erwartet, das eine erlösende Medikament verschrieben zu bekommen. Die Gespräche sind lösungs- und gesundheitsorientiert, der Patient freut sich über die kleinen Fortschritte.

In diesem Feld finden aber auch die freundschaftlichen Gespräche zwischen Arzt und dem langjährig bekannten Patienten statt. Krankheiten werden nur am Rande besprochen, gemeinsame soziale Erfahrungen sind wichtiger. Die Dialoge sind Oasen in einem stressigen Alltag. Im schlimmsten Fall vergisst der Arzt sein Handwerk und verpasst den Zeitpunkt zur rechtzeitigen Diagnose einer Krebserkrankung. Der Arzt, als neugieriger Zeuge und vertrauenswürdiger Begleiter, erfüllt aber eine wichtige Funktion im zunehmend unpersönlich werdenden Gesundheitswesen. Er schützt vor Überdiagnostik und betreibt aktiv quartäre Prävention [8]. Da ist die Rolle im letzten Feld undankbarer.

Feld 4: hohe Sicherheit, geringe Übereinstimmung

„Was kann ich tun, um gesund zu leben?“, fragt der besorgte Patient. Er fragt den Arzt, der die wichtigen Studien zur gesunden Ernährung, zur Risikoerkennung und zur angemessenen Risikoreduktion kennt. Es entwickelt sich ein Dialog zwischen dem Ratsuchenden und dem Ratgeber, dem Lehrer. Der pädagogisch geschulte Arzt passt seine Informationen so an, dass sie eine angemessene Veränderung der aktuellen Lebenssituation des Patienten beschreiben, aber eine nicht zu große, die dann ohne Konsequenzen bleibt. Der Arzt als Lehrer beruft sich auf die Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin. Er kann jedoch im Unterschied zu allen Ratgebern in Zeitungen und Internet seine Ratschläge in der „Sprache“ des Patienten aussprechen – er kennt die Lebens-

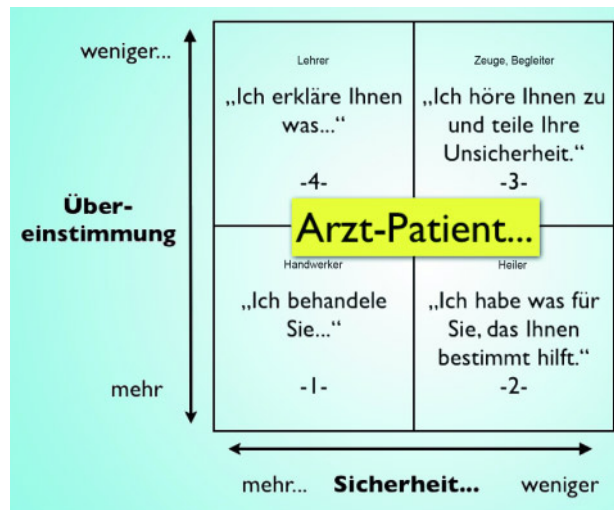


Abbildung 3
Feld 3: geringe Sicherheit, geringe Übereinstimmung.

welt des Patienten und die passenden Metaphern. *Ein Landwirt versteht, dass alles seine passende Zeit hat.*

Ärztliche Kunst

Während eines hausärztlichen Gesprächs wechselt der Arzt häufig die Rollen – wird er anfangs als Handwerker herausgefordert, obwohl er sich doch am ehesten als Lehrer verstanden haben will, wechselt die Perspektive schnell zu der eines Heilers, selbst wenn sich für ihn in kurzen Augenblicken interessante Perspektiven als kreativer Zeuge einer vielleicht heilsamen Entwicklung eröffnen. In der „komplexen Zone“, die Anteile von allen Rollen enthält, geht es um das „Durchwurschteln“ oder „muddle through“, wie es in einem Beitrag der BMJ-Serie beschrieben wird [2]. „Durchwurschteln“ als wissenschaftlicher Begriff wirkt unmittelbar unerhört. Die Komplexitätstheorie gibt diesem „muddle through“ eine theoretische Basis, aus der Theorie der Allgemeinmedizin z.B. als „abwartendes Offenhalten“ bekannt, vielleicht positiver als „improvisieren“ übersetzt [9]. Dieses Improvisieren hat ein Ziel: die Komplexität zu reduzieren oder sie zumindest ertragbar zu machen, durch weitere diagnostische Maßnahmen, die die Unsicherheit reduzieren oder durch ein höheres Maß der Verständigung zwischen Arzt und Patient. Dies kann auch erreicht werden, wenn der Patient einen Arzt hat, dem er vertraut. Eine Studie der Bertelsmann-Stiftung [10] widmet sich diesem – zunehmend fehlenden – Vertrauen in die

Akteure im Gesundheitswesen. „Vertrauen ist also gerade für Menschen, die krank sind und damit in vielerlei Hinsicht eingeschränkt sind, ein Modus, der Komplexität reduziert, der Ängste mindert sowie den letztlich nicht zu bewältigenden Aufwand minimiert, die Qualität einer Behandlung nach Evidenzkriterien zu bewerten.“

Unsicherheit stresst Ärzte und Patienten. Ein theoretisches Modell, das Unsicherheit integriert, entspannt die Situation. Dies konnte in einer Studie an 78 Allgemeinmedizinern in Texas nachgewiesen werden. Ärzte mit einem biopsychosozialen Modell reagierten deutlich weniger gestresst in unsicheren Situationen als Ärzte, die ein eher biomedizinisches Krankheitskonzept vertraten [11]. In der Diskussion verweisen die Autoren auf die Erkenntnis, dass Ärzte in unsicheren Situationen eher dazu neigen, zu handeln als abzuwarten. Auch in der mittlerweile klassischen Studie der Gruppe um den Allgemeinmediziner Huygen [12] konnte diese 1992 in den Niederlanden nachweisen, dass der Arbeits- und Kommunikationsstil des Hausarztes signifikanten Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitserleben der untersuchten Patientinnen hatte.

Konsequenzen für die Medizin als Wissenschaft und Praxis

Über die mögliche Bedeutung der Komplexitätstheorie für die medizinische Theorie und Praxis wurde bisher in Deutschland kaum debattiert. Interna-

tional hält das Interesse aber an. Das hier dargestellte Stacey-Diagramm stellt auch nur einen sehr begrenzten Teil der Theorie vor. Die Dimensionen des Diagramms, Sicherheit/Unsicherheit und Übereinstimmung oder fehlende Übereinstimmung, werden als relevante Fragestellungen erlebt. Intuitiv erwarten die meisten Leser ein Diagramm, dessen Achsen eher eine steigende Sicherheit und eine zunehmende Übereinstimmung abbilden. Die Umkehrung dieser Skalen macht Sinn, wenn das „komplexe Feld“ als das Feld möglicher Entscheidungen erlebt wird: aus der Enge der „einfachen Zone“ in die Weite der „komplexen“ oder sogar chaotischen/kreativen Entscheidungen. Die Achsen enden ja auch nicht bei Null-Sicherheit oder Null-Übereinstimmung, sondern im Feld der unendlich vielen möglichen Erklärungen und der nicht voraussehbaren Gedanken dazu. Auf dem Weg zu weniger Sicherheit und weniger Übereinstimmung rückt im besten Fall der Patient mit seinen Ressourcen in den Mittelpunkt. Sobald die Kommunikation weniger analytisch und somit weniger auf das Detail gerichtet ist, erleben Arzt und Patient die Situation unmittelbar. Der Patient weiß unmittelbar, ob ihm die gesamte Aufmerksamkeit des Arztes gewidmet ist. Der Dialog erlebt einen Perspektivenwechsel: Das besonders von Alternativmedizinern beschworene ganzheitliche Erleben stellt sich dann auch in der schulmedizinischen Praxis ein und der Patient berichtet z.B.: „Wenn es mir schlecht geht, dann nehme ich den Rollator, fahre mit dem Aufzug ins Erdgeschoss und setze mich zu den Postkästen. Dann treffe ich meine Nachbarn, die mich lange nicht mehr gesehen haben, und alle wechseln ein paar Worte mit mir – dann geht es mir schon etwas besser.“ Oder: „Wenn ich wieder Magenschmerzen bekomme, dann schneide ich eine Zitrone auf, der Geruch erinnert mich an meine süditalienische Heimat, und wenn ich Glück habe, sind die Schmerzen dann weg.“

Viele Diagnosen werden sich sicher im Laufe der Zeit als unzulässige Vereinfachungen darstellen. Viele Therapien, allen voran die Pharmakotherapie, sind eben nicht nur rational begründet, sondern sind auch sozial verhandelt – zuletzt im Sprechstundenzimmer des Arztes. Welche Bedeutung das Vertrauen in den Arzt hat, erleben wir gerade jetzt,

Harald Kamps ...



... geb.1951, Studium in Bonn. Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen. 1982–2002 Allgemeinmediziner in Norwegen und Universitätslektor an der Universität Trondheim. Seit 2005 niedergelassener Hausarzt in Berlin-Lichtenberg.

wenn ökonomische Entscheidungen der Krankenkassen für die Wahl des Medikaments eine entscheidende Rolle spielen.

Die hier dargestellte Vierfeldertafel erleichtert es, ärztliche Positionen zu reflektieren und nach weißen Flecken in der Patienten-Arzt-Kommunikation zu suchen. Kommt der Unmut vieler Krankenhausärzte vielleicht daher, dass ihre Arbeit als Routine auf Behandlungspfaden (Feld 1) erlebt wird und das freie ärztliche Handeln (Feld 2 + 3) vermisst wird? Hat der fehlende Respekt für die komplexe Hausarztmedizin vielleicht damit zu tun, dass der dem Rhythmus des Patienten angepasste Perspektivenwechsel nicht gewürdigt wird? Ist die Skepsis gegenüber telefonischen Fallmanagern der Krankenkasse dadurch

begründet, dass diese zwar kompetent die Aufgabe als medizinische Lehrer (Feld 4) wahrnehmen, aber die Komplexität der kranken Person nicht erkennen können?

Gutes hausärztliches Arbeiten kann mit dem hier dargestellten Modell als ein gelungener Tanz [13], als gelungene Improvisation im „komplexen Feld“, das alle vier Felder umfasst, beschrieben werden. Vor diesem Hintergrund werden alle Bemühungen, die hausärztliche Arbeit nur auf einem Feld zu bewerten als Angriff auf die Qualität der Hausarztmedizin erlebt werden müssen. Wenn von Hausärzten mehr Zeit gefordert wird, ihre Arbeit gemäß den ICD-Codes zu klassifizieren (Feld 1), dann bleibt weniger Zeit für die nicht so klassifizierbare Begegnungsarbeit

zwischen Arzt und Patient. Wenn von allen niedergelassenen Ärzten ein Qualitätsmanagementsystem gefordert wird, dann werden solche als einengend erlebt, die Qualität nur da suchen, wo Indikatoren beschrieben werden können (Feld 1 + 4). Das beschreibt auch Iona Heath – nach einem Jahr in Großbritannien mit einer hausärztlichen Vergütung, die das Einhalten von Qualitätsindikatoren belohnt [14]. Sie fragt, was auf der Strecke bleibt und antwortet: „The level of the needs, values and priorities of the individual patients“, also Gespräche, in denen wir neugierig und geduldig, die ganze chaotische und individuelle Lebenssituation der Person uns gegenüber zum Thema machen [14].

Interessenkonflikte: keine angegeben

Korrespondenzadresse

Harald Kamps
Möllendorffstraße 45
10367 Berlin
E-Mail: info@praxis-kamps.de

Literatur

1. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001; 323: 625–628
2. Wilson T, Holt T, Greenhalgh T. Complexity science: complexity and clinical care. *BMJ* 2001; 323: 685–688
3. Plsek PE, Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *BMJ* 2001; 323: 746–749
4. Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: educating for capability. *BMJ* 2001; 323: 799–803
5. Wonca 2009 <http://www.congress-info.ch/wonca2009/index.php?id1=1&id2=26&l=1>
6. arriba: www.arriba-hausarzt.de
7. Sundstrom J, Neovius M, Tynelius P, Rasmussen F. Association of blood pressure in late adolescence with subsequent mortality: cohort study of Swedish male conscripts. *BMJ* 2011; 342: d643
8. Kuehlein T. Quartäre Prävention, eine Aufgabe für Hausärzte: www.primary-care.ch/pdf_d/2010/2010-18/2010-18-368.PDF
9. Shaughnessy AF, Slawson DC, Becker L. Clinical jazz: harmonizing clinical experience and evidence-based medicine. *J Fam Pract.* [Review]. 1998; 47: 425–428
10. Braun B, Marstedt G. Vertrauen in das Gesundheitswesen: Bei Kassenpatienten Fehlanzeige. 2010; 1–7: www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-6E418076-2E495499/bst/Newsletter_2010-01_Vertrauen.pdf
11. Evans L, Trotter DR. Epistemology and uncertainty in primary care: an exploratory study. *Fam Med* 2009; 41: 319–326
12. Huygen FJ, Mokkink HG, Smits AJ, van Son JA, Meyboom WA, van Eyk JT. Relationship between the working styles of general practitioners and the health status of their patients. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 141–144
13. Sherman FT. The patient-caregiver dyad: it takes two to tango! *Geriatrics.* [Editorial]. 2008; 63: 13–14
14. Heath I, Rubinstein A, Stange KC, van Driel ML. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. *BMJ* 2009; 338: b1242