

Kommentare zum Artikel von O. Bahrs

Aus Allgemeinmedizinischer Fachsicht

Heinz-Harald Abholz¹

„Die Hermeneutik – bedeutet „erkläre, lege aus, übersetze“ – ist eine Theorie über die Auslegung von Texten und über das Verstehen. Beim Verstehen verwendet der Mensch Symbole. Er ist in eine Welt von Zeichen und in eine Gemeinschaft eingebunden, die eine gemeinsame Sprache benutzt. Nicht nur in Texten, sondern in allen menschlichen Schöpfungen ist Sinn eingegangen, den herauszulesen eine hermeneutische Aufgabe ist.“ (Wikipedia; 29.6.12)

„Das hermeneutische Fallverständnis dient bei Entscheidungen im komplexen Handlungsraum – so wie meist in der Allgemeinmedizin –, Entscheidungen zu treffen, die mehrdimensional sich begründen. Hier kann nicht eindimensional nur einem Aspekt gefolgt werden, sondern alle anderen Aspekte sowie deren Interaktionen müssen mit berücksichtigt werden. Dieser Vorgang ist wegen seiner Komplexität meist nicht mittels der Addition aller eindimensionaler Einzel-Entscheidungen zu vollziehen, sondern nur durch eine Integration aller Überlegungen zu allen involvierten Einzelaspekten. Dies ist ein Vorgang, den wir als Menschen auch in anderen komplexen Entscheidungs-

situationen – und oft sehr erfolgreich – vollziehen. In der allgemeinärztlichen Praxis bedeutet das hermeneutische Fallverständnis, dass die zahlreichen Informationen wie Befunde und Symptome des Patienten, seine medizinische Vorgeschichte und seine Biografie, seine jetzigen Beschwerden, seine bisherige sowie jetzige Lebenssituation und sein Umfeld zu einem Gesamtbild zusammengefasst und bei der Entscheidung über das weitere Vorgehen zugrunde gelegt werden.“ (Kap. C7, in Kochen MM: Lehrbuch der Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 4.Aufl, Stuttgart 2012)

Wir interpretieren – verstehen – hierbei aus allen Informationen, die wir haben. Dies entspricht unserem Arbeitsanspruch, die ganze Person wahrzunehmen. Da die Informationen aus all den einzelnen, hier aufgeführten Bereichen jedoch mehrdimensional, sich teilweise widersprechend sind, ist eine gradlinige Ableitung nach dem Muster, aus A folgt, mit gewisser Wahrscheinlichkeit, B nicht möglich. Wir sind auf ein „Verstehen“ im Sinne der Interpretation oder der „Textdeutung“ angewiesen. Wir integrieren dabei die Informationen zu einem Gesamtbild – wissend, dass dies nie

ohne Subjektivität von unserer Seite gehen kann.

Subjektiv ist einerseits, wie wir die Informationen aus den verschiedenen Teilbereichen werten/wichten, subjektiv aber ist auch, wie wir den Patienten in seiner Interaktion mit uns wahrnehmen – und wiederum interpretieren.

Bahrs nun kritisiert, dass sich die Allgemeinmedizin dieser subjektiven Seite, die der Interaktion zwischen Patient und Arzt sowie der Person des Arztes selbst entspringt, nie ernsthaft analysierend und konzeptionell gewidmet hat. Damit hat er recht; und dies, obwohl wir uns als Fach der Kommunikation/Interaktion sehr widmen, haben wir uns selbst als Untersuchungsobjekt in der Interaktion oft herausgenommen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz
Direktor i.R.
Institut für Allgemeinmedizin
Heinrich-Heine-Universität
Universitätsklinikum
Moorenstr 5
40225 Düsseldorf
abholz@med.uni-duesseldorf.de

Anspruch und Wirklichkeit

Eva Hummers-Pradier²

Trotz aller evidenten Leistungen der Allgemeinmedizin fällt es vielen Allgemeinärzten schwer, den Anspruch und Wert des eigenen Fachs selbstsicher und klar zu formulieren und zu vertreten – gerade auch dem so dringend benötigten ärztlichen Nachwuchs gegenüber. Es mangelt dem Fach an Ansehen v.a. bei ärztlichen Kollegen und Medizinstudenten und an selbstsicherer Ver-

tretung – beide Aussagen mögen vielleicht (immer noch) zutreffen, zumindest in Deutschland. Diesem – echten oder vermeintlichen – Theoriedefizit möchte O. Bahrs abhelfen. Er bemängelt die unpersönliche, etwas verklausulierte Formulierung der deutschen Definition der Allgemeinmedizin und weist hin auf die klaffende Lücke zwischen dem dort aufgezeigten komplexen Anspruch und

der praktischer Umsetzung, gerade auch im Hinblick auf die Selbstdarstellung der Allgemeinmedizin in Lehre und Weiterbildung.

Der – nach den Rubriken der ZFA – „besondere Artikel“ möchte diese Kluft mithilfe von Erläuterung und dem Beispiel eines „hermeneutischen Fallverständnisses“ überbrücken. Dies soll mithilfe der „in den Geisteswissenschaften

¹ Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

² Abteilung Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

DOI 10.3238/zfa.2012.0362-0364

verankerten Auslegekunst (Hermeneutik)“ gelingen – hier bezogen auf die jeweils persönliche „Geschichte“ von Patient und Arzt sowie deren Beziehung. Dieser Versuch gelingt nur teilweise. Dass Geisteswissenschaftler oder Soziologen dann gleich vom „Patient als Text“ sprechen, wirkt (trotz der Entlehnung aus der internationalen Literatur) für den ärztlichen Leser doch eher befremdlich – erst recht in einem Text, der sonst den Mut zur Beziehung und zur Wertschätzung der Patient-Arzt-Beziehung predigt.

Der exemplarisch präsentierte Lösungsansatz ist leider recht speziell: Der Arzt findet über seine Kenntnis der Muttersprache einer ausländischen Patientin Zugang zu ihr. Neben der oberflächlich streng medizinischen Analyse des präsentierten Symptoms wird eine Verständigungsebene aufgebaut, bei der über die gemeinsame Sprache zunächst nicht offensichtliche Gesundheitsprobleme sichtbar und verständlich werden. Außerdem wird auch der therapeutische Charakter einer gelungenen Arzt-Patient-Beziehung fassbar. Dies ist zwar eindrucksvoll, aber es wird nicht ohne weiteres ersichtlich, was ein Arzt (bzw. Medizinstudent) tun kann, wenn er die Muttersprache seiner Patienten mit Migrationshintergrund nicht beherrscht (oder dessen Patienten Probleme aufweisen, die trotz gemeinsamer Sprache nicht verständlich werden). Ein gut lehrbares, einzelfallunabhängiges theoretisches Konzept für die komplizierte Materie fehlt auch hier.

Ein bisschen weniger deutscher (Ego-)Zentrismus hätte dem Artikel gut getan – wie vielleicht der gesamten deutschen Allgemeinmedizin. In etlichen unserer Nachbarländer nimmt unser Fach eine stärkere Position im Gesundheitswesen ein und allgemeinmedizinische Forschung und Lehre haben eine längere Tradition als in Deutschland. Dennoch – oder gerade deswegen – kann man sich dort Vieles abschauen. In der 2002 herausgegebenen und 2005 revidierten Definition der Europäischen Fachgesellschaft, *WONCA Europe*, wurden entsprechende Kerncharakteristika und Kernkompetenzen aufgeführt [1, 2]. Darauf aufbauend hat die Europäische Akademie für Lehrende in der All-

gemeinmedizin, *EURACT*, eine *Educational Agenda* herausgegeben – die Übersetzung mit „Lehrplan“ greift hier zu kurz [3]. Deutsche Weiterbildungsordnungen sind stark (wenn auch nicht mehr ausschließlich) auf Erkrankungen und medizinische Prozeduren fokussiert. Die *Educational Agenda* stellt die fachspezifischen Kernkompetenzen von Allgemeinärzten in den Vordergrund und gliedert sie in Lernziele.

Zum Kerncharakteristikum „personenzentrierte Versorgung“ (keineswegs: patientenzentrierte Versorgung) heißt es unter anderem (Übersetzung aus [3] durch EHP, unautorisiert):

- „... mit personenzentrierter Herangehensweise, Patienten und ihre Probleme im Kontext der Lebensumstände des Patienten zu behandeln ... In dieser Art medizinischer Begegnung (*medical encounter*) bringt nicht nur der Patient seine Lebensumstände und persönliche Geschichte ein, sondern auch der Arzt ist als Person involviert, die eigene Familienregeln und -geschichte, Werte und Vorstellungen mitbringt (...).

Kerninhalte sind:

- (...) bei der Diagnosestellung sollten Sie immer das subjektive Kranksein und die (objektive) Erkrankung in Bezug auf die Person und den Kontext explorieren.
- Jedes Kranksein beinhaltet einen Anteil erlerntes und kulturell determiniertes Verhalten. Im Gegensatz dazu ist eine Erkrankung definitionsgemäß immer ein durchschnittliches Bild, in dem individuelle Variationen bewusst nicht berücksichtigt werden. Die durchschnittliche Prognose dient als Leitfaden für im Allgemeinen effektive Therapieentscheidungen.
- Wenn wir Heiler sein wollen, müssen wir unsere Patienten als individuelle Personen kennen: sie mögen dieselben Erkrankungen haben, aber ihre Reaktion auf die Krankheit ist einmalig.“

Die Agenda beschreibt im Weiteren, wie und unter welchen Bedingungen die Kompetenzen und Fertigkeiten gelehrt und erlernt werden können, und welche Methoden für eine Erfolgskontrolle geeignet sind.

In Deutschland fehlt es auch daran – nicht nur an Theorie bzw. dem Wissen darum, sondern vor allem an geeigneten Lernbedingungen. Der Schwerpunkt der Weiterbildung liegt hier oft mehr auf „etwas machen“, wobei es dann eher um die Bekämpfung von Erkrankungen geht als um die Reflexion des Krankseins, wie Bahrs es zutreffend ausführt. Im Studium und in der Weiterbildung geht es mehr um biomedizinisches oder allenfalls theoretisch-psychologisches Wissen als um das praktische Erlernen von therapeutischer Kommunikation oder gar die gezielte Entwicklung professioneller Konzepte. Gelernt wird zudem bekanntlich, was geprüft wird – und das sind „harte Fakten“ (gern betrachtet als eine Art Waffenarsenal gegen Krankheiten), und nur selten die als „*soft skills*“ missverstandenen Beziehungsaspekte in der Medizin. Und wer in der Weiterbildung vor allem das Durchwursteln praktiziert, wird vielleicht ein guter Durchwursteler – aber nicht immer ein selbstbewusster, eloquenter Vertreter des eigenen Fachs.

Dennoch – es hat sich viel getan in den letzten Jahren. Weiterbildungsverbände schaffen nicht nur bessere, überschaubare Vertragsbedingungen, sondern sorgen im besten Fall auch für frühzeitige allgemeinmedizinische Identitätsfindung und Mentoring [4]. Die DEGAM fördert durch ihre Kongresse und Kurse – und nicht zuletzt über den Listserver – die Findung und Artikulierung allgemeinmedizinischen Selbstbewusstseins. Allgemeinmedizinische Wissenschaftler untersuchen in zahlreichen Forschungsprojekten die Kerncharakteristika des Fachs und sorgen für den Austausch mit der internationalen Fachöffentlichkeit. Unübersehbare Meilensteine einer erfreulichen professionellen Weiterentwicklung.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Eva Hummers-Pradier
Abteilung Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Georg-August-Universität
Humboldtallee 38, 37073 Göttingen
eva.hummers-pradier@
med.uni-goettingen.de

Literatur

1. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. Br J Gen Pract 2002; 52: 526–7
2. Wonca-Europe definition of family medicine. 2005. <http://www.euract.eu/official-documents/finish/3-official-documents/94-european-definition-of-general-practicefamily-medicine-2005-full-version> (letzter Zugriff am 9.8.2012)
3. Heyrman J (ed.). EURACT Educational Agenda. European Academy of Teachers in General Practice [EURACT], Leuven 2005. <http://www.euract.eu/official-documents/finish/3-official-documents/93-euract-educational-agenda> (letzter Zugriff am 9.8.2012)
4. Egidi G, Biesewig-Siebenmorgen J, Schmiemann G. Beginn der allgemeinmedizinischen Verbundweiterbildung in Bremen. Z Allg Med 2012; 88: 207–09

Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin



Ankündigung

Lehre und Didaktik: „Wie holen wir die Praxis in den Seminarraum“**Zeit:** 20. Oktober 2012, 9:00 bis 14:00 Uhr**Ort:** Lehrbereich Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Mainz
Pulverturm 13, 55131 Mainz

- Workshop 1 Einführung in die klinische Medizin – EKM in Mainz
 Workshop 2 Arzt-Patienten-Gespräche – Simulation im Rollentraining
 Kommunikations-OSCE
 Workshop 3 „... manchmal steckt mehr dahinter“
 Von der Dissertation zu einem Postgraduierten-Fortbildungsmodul
 zum Erkennen der akuten HIV-Infektion in der Praxis
 Workshop 4 Mündliche Prüfung im 2. Staatsexamen

Anmeldung bis 05.10.2012 unter: www.gha-info.de/veranstaltungen.html

Anzeige _____

GELEGENHEIT
Hausarzt-Praxisräume im Unterallgäu zu vermieten Apotheke im Haus Tel.: 0160 96317218

Multimorbidität in der älteren Bevölkerung – Teil 1: Prävalenz in der vertragsärztlichen Versorgung

Eine Analyse auf der Basis von Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung

Multimorbidity in the German Elderly Population – Part 1: Prevalence in Ambulatory Medical Care

A Study Based on Statutory Health Insurance Data

Hendrik van den Bussche^{1,4}, Ingmar Schäfer^{1,4}, Daniela Koller², Heike Hansen¹, Eike-Christin von Leitner¹, Martin Scherer¹, Karl Wegscheider³, Gerd Glaeske², Gerhard Schön³

Hintergrund: Auf der Basis von vertragsärztlichen Abrechnungsdaten wurden die Prävalenz der Multimorbidität sowie die dahinter liegenden Kombinationen und Muster von Krankheiten in der älteren Bevölkerung untersucht.

Methoden: Die Untersuchungspopulation umfasst alle Versicherten der Gmünder ErsatzKasse mit einem Alter ≥ 65 im Jahr 2004 ($n = 123.224$). Eine Person wurde als multimorbid definiert, wenn sie mindestens drei ICD-10-kodierte Diagnosen aus einer Liste von 46 chronischen Krankheiten in mindestens drei der vier Quartale des Jahres aufwies.

Ergebnisse: 62 % der Population war multimorbid. Die sechs höchstprävalenten Krankheiten (Hypertonie, Lipid-Stoffwechselstörungen, chronische Kreuzschmerzen, Diabetes mellitus, Arthrosen und koronare Herzkrankheit) dominierten auch die Krankheitskombinationen. Geschlechts- bzw. altersspezifische Unterschiede waren gering.

Schlussfolgerungen: Die sechs höchstprävalenten Krankheiten und deren Kombinationen könnte eine pragmatische Startbasis für die Entwicklung multimorbiditäts-orientierter Leitlinien darstellen.

Schlüsselwörter: Multimorbidität; ältere Bevölkerung; Epidemiologie; vertragsärztliche Versorgung

Background: The authors report the results of cross-sectional studies on the prevalence of multimorbidity in Germany, the underlying disease combinations and the utilization patterns of ambulatory medical care in the elderly German statutory insured population.

Methods: The study is based on the claims data of all policy holders aged 65 and older of a statutory health insurance company in 2004 ($n = 123,224$). Adjustment for age and gender was performed for the German population of December 31, 2004. A person was defined as multimorbid if she/he had at least three diagnoses out of a list of 46 chronic conditions based on ICD 10 diagnoses in three or more quarters within the one-year observation period.

Results: 62 % of the sample was multimorbid. Out of the possible 15,180 combinations of three chronic conditions, 15,024 (99 %) were found in the database. Triads of the six most prevalent individual chronic conditions (hypertension, dyslipidemia, chronic low back pain, diabetes mellitus, osteoarthritis and ischemic heart disease) span the disease spectrum of 42 % of the multimorbid sample. Gender differences were minor.

Conclusion: The above list of dominating chronic conditions and their combinations could present a pragmatic start for the development of needed guidelines related to multimorbidity.

Keywords: Multimorbidity; Elderly Population; Epidemiology; Health Services Utilization; Ambulatory Medical Care

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

² Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

³ Institut für medizinische Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

⁴ gemeinsame Erstautorenschaft

Peer reviewed article eingereicht: 12.04.2012, akzeptiert: 14.05.2012

DOI 10.3238/zfa.2012.365-371