

Jahresbericht der Arbeitsgruppe Diabetes der DEGAM

In 2012/2013 sind die NVL-Teile Diabetes mellitus Typ 2 „Schulung“ und „Therapieplanung“ unter dem Dach des ÄZQ „Nationale Versorgungsleitlinien“ verabschiedet und veröffentlicht worden. Insbesondere die „Therapieplanung“, die erstmals für Deutschland evidenzbasierte Empfehlungen, die auch von der DEGAM getragen werden, ausspricht, hat ihren verantwortlichen Autoren Höchstleistungen bei der Kompromissfindung und zwischengesellschaftlichen Kommunikation abverlangt. Ausführliche Berichte finden sich in der

ZFA 07–2013. Eine DEGAM-Anwenderversion speziell für Hausärzte ist sowohl online als auch gedruckt verfügbar.

Wie die Jahre zuvor wurden Stellungnahmen beim G-BA insbesondere zu Fragestellungen und Publikationen des IQWiG abgegeben.

Erneut sind Mitglieder der Arbeitsgruppe für die Arbeitsgruppe DMP des G-BA als Sachverständige eingesetzt.

Die Arbeitsgruppe Diabetes der DEGAM trifft sich wie jedes Jahr anlässlich des DEGAM-Kongresses. Für Interessierte, die sich in Zukunft gerne aktiv

einbringen wollen, gibt es sowohl auf dem DEGAM-Kongress als auch bei der Practica in Bad-Orb Workshops, dieses Jahr zum Thema „hausärztliches Schließen“.

Til Uebel

Korrespondenzadresse

Dr. med. Til Uebel
Sprecher AG Diabetes
Burgtorstraße 2, 74930 Ittlingen
Tel.: 07266 914141
til.uebel@t-online.de

Bericht der Arbeitsgruppe Psychosomatik in der Allgemeinmedizin 2013

Wie ist es den Mitgliedern der Arbeitsgruppe Psychosomatik in der Allgemeinmedizin im letzten Jahr gelungen, Beziehungsorientierung in der Aus- und Weiterbildung und der Versorgung weiter zu verankern? Beziehungsorientierung bedeutet, den Einfluss eines intersubjektiven Feldes zwischen Arzt und Patient auf Entscheidungsfindung und Handeln zu berücksichtigen und durch Selbstbeobachtung erfassen zu wollen. Sehr erfreulich ist, dass die Orientierung auf die Arzt-Patient-Beziehung in den Zukunftspositionen der DEGAM Eingang gefunden hat. Eine interessante Studie aus Italien unterstützt diese Zielsetzung: 20.961 Patienten mit Diabetes mellitus Typ I und II, betreut durch 242 Hausärzte, werden für die Dauer eines Jahres beobachtet im Hinblick auf das Auftreten akuter metabolischer Komplikationen und Hospitalisation. Die Ergebnisse belegen, dass hohe Empathie aufseiten der Ärzte, gemessen an der Jefferson Empathie Skala, signifikant verbunden ist mit weniger Komplikationen und Hospitalisation. Mehr Empathie = weniger Komplikationen.

Wie hängen Beziehungsorientierung und evidenzbasierte Medizin zusammen?

Mitglieder der Arbeitsgruppe haben sich in der Erstellung von Leitlinien engagiert. Wie hängen aus deren Sicht evidenzbasierte Medizin und Beziehungsorientierung zusammen? Eine erste, na-

heliegende Verbindung zwischen Beziehungsorientierung und evidenzbasierter Medizin ist die, dass einem logisch schlussfolgerndem Denken und den Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin durch eine **selbstbeobachtende Haltung** Zeit und Raum für die Entscheidungsfindung geschaffen werden. Raum und Zeit schaffen die an sich selbst gerichteten Fragen, welche Gefühle, Körperempfindungen, Assoziationen und Bilder gerade jetzt im Kontakt mit diesem Patienten vorherrschen. Diese Fragen verhindern, sich von einer mit einem Gefühl gesteuerten Verwicklung mit dem jeweiligen Patienten unbewusst bestimmen zu lassen. Über die Wirkung negativer Assoziationen auf ärztliches Verhalten liegen empirische Studien vor. Kahnemann hat durch Verweis auf vielfältige Untersuchung [Daniel Kahnemann: Schnelles Denken – langsames Denken] belegt, dass unser Denken in starkem Maße vom augenblicklichen Kontext beeinflusst wird. Die Leichtigkeit, mit der Informationen aus dem Gedächtnis abrufbar sind, bestimmt uns und unsere Urteile. Je schneller uns Informationen aus unserem Gedächtnis verfügbar sind, umso mehr beeinflussen sie uns. Die Leichtigkeit, mit der Assoziationen abrufbar sind, ist abhängig von unseren Stimmungen und von unserem Wunsch nach einem kohärenten Muster der aktivierten Vorstellungen unseres Gedächtnisses. Damit sind sicherlich nicht alle Mechanismen erfasst, die Entscheidungen beeinflussen. Aber es wird die Position entkräftet, dass unsere Ent-

scheidungen ausschließlich rational seien im Sinne eines der Empirie und dem logisch schlussfolgernden Denken verhafteten Vorgehens. Ein Ausweg, um mit diesen Erkenntnissen umzugehen, ist es, einfache Regelwerke und Algorithmen zu schaffen. Ein weiterer ist es, der **Selbstbeobachtung** und damit der reflektierenden Distanz zu den eigenen Stimmungen Raum zu geben.

Ein weiterer Aspekt ist für die Beziehung zur evidenzbasierten Medizin wesentlich: Der Erkenntniszuwachs aus fallbasiertem Erfahrungswissen sollte Eingang in Leitlinien finden. Unser Wissen – verstanden als Wissen, wie Regeln anzuwenden sind – beruht auf mehreren Quellen. Eine davon ist das fallbasierte Erfahrungswissen, das immer mit dem Handeln verbunden ist. Selbstverständlich fließt in dieses Wissen empirisch belegtes Wissen (epistemisches) ein. Das fallbasierte Erfahrungswissen ist immer mit den Personen Arzt und Patient verbunden. Folglich fließen in den Fall immer interpersonelle Aspekte (Beziehungsmuster) und Haltungen (Ethik) ein. Wenn auch nicht alles mit dem Fall Verbundene der empirischen Kontrolle unterzogen werden kann, so ist es doch erstrebenswert, Evidenzbasierung für einen großen Teil des Erfahrungswissens zu erreichen. Dazu ist eine Voraussetzung, überhaupt Standards hausärztlicher, verbaler Interventionen zu definieren, damit eine empirische Überprüfung möglich wird. Aus diesen Überlegungen heraus soll an dieser Stelle für die Mitarbeit an Leitlinien geworben werden.