

Veit/Kamps/Huenges/Schütte

Die Hausarztpraxis von morgen

Komplexe Anforderungen erfolgreich
bewältigen

Ein Handbuch

Kohlhammer

Kohlhammer

Autorin und Autoren



Dr. Iris Veit

Studium in Freiburg, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapeutin (tiefenpsychologisch). Seit 35 Jahren niedergelassen in Gemeinschaftspraxis im Ruhrgebiet. Lehrbeauftragte der RUB, Balintgruppenleiterin, Supervisorin. Leiterin der Weiterbildung Psychosomatische Grundversorgung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und des IHFs. Mitglied der Leitlinienkommission der DEGAM, Aufbau der AG Psychosomatik der DEGAM und von lokalen Netzwerken. (www.irisveit.de)



Harald Kamps

Medizinstudium in Bonn 1970–1976, 1977 Examen Uni Oslo. 1982–1997 Landarzt in Norwegen. Facharzt für Allgemeinmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen. 1989–2002 Universitätslektor Universität Trondheim. 1997–2000 onkologisches, palliativ-medizinisches Netzwerkprojekt in Norwegen. 2000–2002 allgemeinmedizinische Lehrpraxis in Trondheim. Seit 2002 in Berlin Mitarbeiter in einer schmerzmedizinischen Praxis, 2005–2017 Hausarzt in Lichtenberg. (www.lebendige-medizin.de)



Prof. Dr. Bert Huenges, MME

Studium in Berlin, Promotion über den Reformstudiengang Medizin. Seit 2004 zu 50 % wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Ruhr-Universität Bochum. Seit 2018 Leitung des Kompetenzzentrums Weiterbildung Allgemeinmedizin Westfalen-Lippe (KWWL), seit August 2020 Honorarprofessor der Ruhr-Universität Bochum. Parallel Facharztweiterbildung für Allgemeinmedizin in der Gemeinschaftspraxis Rusche in Hattingen, in der er seit 2009 hausärztlich tätig ist.



Dr. Torsten Schütte

Ausbildung an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau und am Klinikum Nürnberg. Dort auch Approbation und Promotion. Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Naturheilverfahren. Zertifizierte Weiterbildung als Notarzt, Arzt für Klinische Geriatrie, Akupunktur, Neuraltherapie, Psychosomatische Grundversorgung. Weiterbildungsermächtigter Arzt. Seit 1986 niedergelassen in einer Gemeinschaftspraxis. Seit 1993 zertifizierter NLP-Lehrtrainer

Iris Veit, Harald Kamps
Bert Huenges, Torsten Schütte

Die Hausarztpraxis von morgen

Anforderungen erfolgreich bewältigen –
Ein Handbuch

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten verändern sich ständig. Verlag und Autoren tragen dafür Sorge, dass alle gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Haftung hierfür kann jedoch nicht übernommen werden. Es empfiehlt sich, die Angaben anhand des Beipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2021

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-035086-1

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-035087-8

epub: ISBN 978-3-17-035088-5

mobi: ISBN 978-3-17-035089-2

Inhalt

Fallverzeichnis	10
Vorwort	11
1 Einleitung	15
2 Komplexitätsvariable: Multimorbidität	21
2.1 Die Zahl chronisch Kranker nimmt zu	21
2.2 Arbeitslosigkeit, Armut und Einsamkeit machen krank	24
2.3 Multimorbidität verstehen	25
2.4 Die Bedeutung des Übergewichts – überschätzt?	26
2.5 Komplexe Differentialdiagnostik und Behandlung ist anspruchsvoll	27
2.6 Der Anpassungsprozess	28
2.6.1 Phasen der Anpassung	28
2.6.2 Jeder reagiert unterschiedlich	29
2.6.3 Konflikte mit ärztlichen Wertvorstellungen	29
2.7 Priorisierung bei Multimorbidität	30
2.8 Reflektierende Praxis: Haltungen und Interventionen	31
2.8.1 Ressourcen Orientierung	31
2.8.2 Ziele klären und Ambivalenzen zu diesen Zielsetzungen	32
2.9 Strukturelle Voraussetzung: Kooperation und vernetztes Arbeiten	34
3 Komplexitätsvariable: Familienmedizin	36
3.1 Ärzte sind Teil eines komplexen Beziehungsgefüges	36
3.2 Die Patient-Arzt-Beziehung erweitert sich zur Patient- Familie-Arzt-Beziehung	38
3.3 Familienkonflikte	38
3.4 Die Familie als Ort der Fürsorge	41
3.5 Haltungen in der Familienmedizin	42
3.5.1 Wertekollisionen beachten – ärztliche Reflexion der eigenen Wertvorstellungen und des eigenen Familienbildes	42
3.5.2 Die falsche Frage: »Was ist die wirkliche Wirklichkeit?«	44

3.5.3	Der Schutz der Schwächeren	44
3.5.4	Die Familie als Team nutzen	45
3.6	Was Hausärzte von den Methoden der Familientherapie übernehmen können	46
3.6.1	Erlebte Anamnese und biografische Anamnese	46
3.6.2	Die zirkuläre Fragetechnik als methodischer Weg, das System einzubeziehen	47
3.6.3	Die Intimität des Einzelnen wahren – Wenn Paare zusammen erscheinen	48
3.6.4	Lösungsorientierung	50
4	Komplexitätsvariable: Die Gefühle von Ärztinnen und Ärzten	52
4.1	Die Qualität der Versorgung wird auch von Emotionen bestimmt	52
4.2	Scham	53
4.2.1	Schamgefühle im medizinischen Alltag	53
4.2.2	Ärztliche Scham bei distanzlosem Verhalten von Patienten	53
4.2.3	Ärztliche Scham bei eigenen Fehlern und Beinahe-Fehlern	54
4.2.4	Interventionen zum Umgang mit Scham	56
4.3	Ärger	57
4.3.1	Wenn Patienten nicht tun, was Ärzte sagen	57
4.3.2	Anmaßend und überhebliches Auftreten von Patienten, die ihre eigene Wichtigkeit betonen wollen	58
4.3.3	Interventionen zum Umgang mit Ärger	59
4.4	Mitleid und Kummer – Empathie	60
4.5	Panik und Angst	61
4.6	Ärztinnen und Ärzte versuchen, Gefühle wegzuschieben – das belastet	63
4.7	Selbstfürsorge	64
5	Komplexitätsvariable: gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Spätmoderne	65
5.1	Ein fiktiver Vormittag im Sprechzimmer	65
5.2	Aus der breiten Mittelschicht der Nachkriegsjahrzehnte entwickelte sich eine neue Unter- und Mittelschicht	66
5.2.1	Zunahme sozialer Ungleichheit und Armut	66
5.2.2	Die neue Mittelklasse – dominant für kulturelle Werte und besonders beeinflusst durch die digitale Welt	68
5.2.3	Migration und Analphabetismus	69
5.3	Gesundheitliche Ungleichheit	70
5.3.1	Soziale Ungleichheit und Armut macht krank	71
5.3.2	Das erschöpfte Selbst – Kennzeichen der Moderne ...	73
5.3.3	Traumafolgestörungen	73

5.4	Wachsende Unsicherheit stellt neue interaktionelle Ansprüche	73
5.5	Die ärztliche Profession im Wandel	75
6	Komplexe Hausarztmedizin in einer digitalen Welt	77
6.1	Sieben Thesen zur Digitalisierung in einer komplexen Krankheitswelt	79
6.2	Digitalisierung in Zeiten einer Pandemie	90
6.3	Hausärzte gestalten die digitale Zukunft und bewahren die persönliche Patienten-Arzt-Beziehung	93
7	Die Hausarztpraxis als Lernort	94
7.1	Lehr- und Lernziele	95
7.1.1	Worin besteht unser Bildungsauftrag?	95
7.1.2	Erwartungen von Lernenden und Lehrenden	99
7.2	Schrittweises Anvertrauen professioneller Tätigkeiten	100
7.3	Feedback als Motor für die Aus- und Weiterbildung	102
7.3.1	Rolle von Feedback	102
7.3.2	Feedback im laufenden Praxisbetrieb	103
7.3.3	Auswahl strukturierter Feedbackmethoden	103
7.4	Allgemeinmedizin im Studium	105
7.4.1	Rolle der Allgemeinmedizin im Medizinstudium	108
7.4.2	Nachwuchsgewinnung für die Hausarztmedizin?	111
7.5	Allgemeinmedizinische Weiterbildung	112
7.5.1	Was soll in der Weiterbildung gelernt werden?	112
7.5.2	Praktische Weiterbildung	113
7.5.3	Begleitunterricht in der Weiterbildung	113
7.5.4	Mentoring in der Aus- und Weiterbildung	114
7.5.5	Train the Trainer-Angebote	115
7.6	Impulse für die Aus- und Weiterbildung während der Pandemie COVID-19	115
7.7	Unterstützungsangebote für die Aus- und Weiterbildung	116
8	Choosing wisely	117
8.1	Gemeinsam klug entscheiden	117
8.2	»Too much medicine«	118
8.3	Sachwissen, Erfahrungswissen, Intuition – wovon sind ärztliche Entscheidungen abhängig?	119
8.3.1	Sachwissen	120
8.3.2	Erfahrungswissen	121
8.3.3	Was ist Intuition?	123
8.4	Wie Weisheit gewinnen?	124
8.4.1	Die Antworten philosophischer Richtungen und der Beziehungsmedizin	124
8.4.2	Fallbeispiele aus der hausärztlichen Praxis	125

8.4.3	Die Einbeziehung der Patientenperspektive: »Was würden Sie denn an meiner Stelle tun?«	127
8.5	Entscheidungen unter Bedingungen der Unsicherheit	128
8.5.1	Matrix der Unsicherheit	128
8.5.2	Gute Allgemeinmedizin ist nachhaltige Medizin	130
8.5.3	Gute Allgemeinmedizin kann mit Unsicherheit umgehen	132
8.6	Partizipative Entscheidungsfindung	133
8.6.1	Der ethische Grundsatz der Partizipation	133
8.6.2	Vermittlung von Sachwissen – wie?	136
9	Umgang mit Komplexität: Das Konzept der Beziehungsmodi ..	139
9.1	Komplexität weckt den Wunsch nach Vereinfachung	139
9.2	Verstehen von Interaktionsmustern	143
9.3	Die Kompetenz zur patientenzentrierten Selbstreflexion	144
9.4	Ein bewährtes Konzept in der psychosomatischen Grundversorgung	145
10	Kommunikative Kompetenz	146
10.1	Kommunikation ist nicht alles, aber ohne Kommunikation ist alles nichts	146
10.2	Was ist heute Kommunikation?	148
10.2.1	Kommunikations-Axiome	150
10.2.2	Wie wirken sich die Axiome auf die ärztliche Gesprächssituation aus?	153
10.2.3	Grundannahmen der Gesprächsführung	157
10.2.4	Der kommunizierende und in Beziehung tretende Arzt	160
10.3	Psychodynamische Modelle der Kommunikation	161
10.4	Verhaltenstherapeutische Modelle der Kommunikation	162
10.5	Die phänomenologische Sichtweise	163
10.6	Kommunikationsstrategien	165
10.6.1	Haltungen	166
10.6.2	Verbale und gestische Interventionen	166
11	Kompetenz zur Praxisführung	171
11.1	Die Praxis als lernende Organisation	171
11.1.1	Lernende Organisationen	172
11.1.2	Modell einer lernenden Organisation	173
11.1.3	Ergebnisse	176
11.2	Auch die medizinischen Fachangestellten praktizieren Beziehungsmedizin	177
11.3	Kommunikation im Team – Feedback	177
11.4	In einer komplexen Welt wird Kooperation zu einem zentralen Wert – Kooperation und Netzwerkorientierung ..	179
11.5	Gemeinwohlorientierung als Teil des Qualitätsmanagements	180

12	Die Allgemeinmedizin der Zukunft	182
	Literatur	190
	Stichwortverzeichnis	197

Fallverzeichnis

- Patient mit multiplen chronischen Krankheiten und Adipositas S. 21
Die perfekte Familie – Schamkonflikte S. 38
Schamkonflikte bei Hausbesuchen S. 39
Wer ist schuld? S. 40
Patientin mit chronischen Schmerzen – die Bedeutung der biografischen Anamnese S. 42
»Was willst Du, das ich weiß?« Wertekonflikte und ihre Bedeutung für die Familienmedizin S. 43
Sie sieht nicht, er hört nicht – Wenn Paare zusammen erscheinen S. 49
»Das nächste Mal wieder zum Chef!« Patient mit KHK entwertet die AiW S. 58
»Fühle zuerst Deinen eigenen Puls!« Zwischenfall bei Hyposensibilisierung S. 61
»Schön, dass Sie sofort gekommen sind!« Sofortiger Hausbesuch bei Patientin mit akutem Kopfschmerz S. 125
Junger Patient mit Karzinom-Erkrankungen in Vorgeschichte – Angst trifft auf Fehldiagnose einer seltenen Erkrankung S. 126
Er kam mit Verstopfung – eine erfolgreiche Spurensuche S. 132
Unsicherheit am Ende des Lebens – Angehörige können dem Hausarzt nicht folgen S. 134
Ein Blumenstrauß – ein Fall erfolgreicher Grenzsetzung S. 135
»Umbringen kann ich mich allein!« 70-jähriger Patient mit rigiden Normen und Hypertonus S. 142
Grippaler Infekt bei Lena und Simon S. 154
Herr Kummer erbleicht – Der Arzt sieht im Hund einen Ersatzpartner für seinen Patienten S. 158
»Mir ist schlecht! – Mir geht es schlecht! – Mir ist übel!« Ultrakurzintervention S. 159

Vorwort

Sind Sie eine werdende Hausärztin oder Hausarzt oder überlegen, eine solche zu werden? Sind Sie bereits gestandene Hausärztin oder Hausarzt, die sich in Aus- und Weiterbildung engagieren möchten? Sind Sie auf Fragen oder Situationen in Ihrer praktischen Tätigkeit gestoßen, auf die bisherige Lehrbücher der Allgemeinmedizin unzureichende Antworten geben? Sind Sie vielleicht enttäuscht, dass sich Ihr humanistischer Beweggrund, Mediziner zu werden, im Krankenhaus derzeit kaum realisieren lässt und denken über einen Quereinstieg in die Allgemeinmedizin nach? Dann kann dieses Buch eine gute Hilfe für Sie sein. Wir wollen die alte Frage: »Was ist ein guter Arzt?« für die Allgemeinmedizin neu aufrollen. Denn wir leben in einer Zeit des Wandels, der auch den Hausarztberuf erfasst. Wir wollen ein Nachdenken über die Komplexität der hausärztlichen Aufgabe anregen und den Mut entwickeln, alte Überlegungen neu zu gestalten und relevante Themen wieder einbringen, von denen die Diskussion bisweilen ausgetrocknet erscheint.

Dieses Buch ist im Wesentlichen vor der Covid-19-Pandemie entstanden. Mitten in der Pandemie denken viele über einen solchen Wandel und die Frage, welche Lehren gezogen werden können, nach. Denn die Pandemie hat schon bestehende Konflikte deutlicher hervortreten lassen und gewichtet. Sie verdeutlicht, dass Hausärztinnen und Hausärzte zur Anerkennung komplexer Zusammenhänge gezwungen sind. Das Buch behandelt ebenso wenig die direkten und indirekten gesundheitlichen Folgen des Klimawandels und der Umweltzerstörung. Die Überlegungen in diesem Buch halten jedoch den Fragen stand, die die Pandemie und der Klimawandel bisher aufgeworfen haben. Es ist damit brandaktuell.

Das Hervorstechende am Hausarztberuf ist, dass eine langfristig angelegte, vertrauensvolle und kooperative Beziehung zwischen Patienten und Arzt wesentliches Element der Behandlung ist. Sie sind nicht nur aufgerufen, zu einem Beschwerdekompex Stellung zu nehmen. Sie sind mit Multimorbidität konfrontiert und mit der Frage, was das Wichtige im gegenwärtigen Moment für ihren Patienten ist. Sie behandeln gleichzeitig andere Familienmitglieder, Nachbarn oder Arbeitskollegen. Sie sind unmittelbar mit der zunehmenden gesellschaftlichen Aufspaltung in Arm und Reich, wachsender Unsicherheit in einer globalisierten Welt mit tiefgreifenden ökologischen Veränderungen, mit Vereinsamung trotz »social media« und den Auswirkungen technischer Evolutionen wie die Digitalisierung konfrontiert. Hausärztliche Versorgung offenbart die Notwendigkeit, den immer noch vorherrschenden dualistischen Standpunkt – hier Soma, da Psyche – zu verlassen und Beschwerden im lebensweltlichen Kontext ihrer Patienten zu verste-

hen. Gegenwärtig wird der Versorgungsauftrag noch komplexer, weil sich Ärztinnen und Ärzte eine ausgewogene Work-Life-Balance und eine Berücksichtigung ihrer Gefühle wünschen. Die Aufgaben in Lehre und Weiterbildung sowie Forschung sind über die unmittelbare Versorgung hinaus hinzugetreten.

Eine Annäherung an diese Komplexität soll mit diesem Buch versucht werden. Es geht darum, Zusammenhänge zu verstehen. Schon in die Beschreibung der Phänomene fließt unterschiedliches philosophisches Denken der Autorin und Autoren ein. Sie sind mit psychodynamischen und systemischen, den altgriechischen aristotelischen Denktraditionen und der Denktradition, aus der die Neue Phänomenologie stammt, und der evidenzbasierten Medizin verbunden. Aber wir denken nicht nur, wir sind alle langjährig als Hausärzte und in der Aus- und Weiterbildung tätig und zeigen dies an einer Fülle von hausärztlichen Fallbeispielen. Wir haben in diesem Buch versucht, das Gemeinsame für die medizinische Versorgung herauszustellen und Brücken zu bauen, wo Begriffe das Trennende markieren. Nicht immer ist uns das gelungen. Daher werden unterschiedliche Denktraditionen und daraus resultierende Ansichten manchmal nebeneinanderstehen. Aber es ist einer der wenigen Versuche, das Verbindende zu unterstreichen und im Lichte langjähriger reflektierter hausärztlicher Praxis in ein Lehrbuch zu filtern, das die Allgemeinmedizin als Bewahrer einer humanistischen Tradition in der Medizin sieht, einen Auftrag, den sie von der Psychosomatik vergangener Jahrzehnte übernommen hat, die sich heute überwiegend als Gebietsmedizin präsentiert. Die Begriffe Beziehungsmedizin, Personen-zentrierte Medizin, salutogenetische Orientierung oder ärztliche Lebenskunst sind ähnliche Begriffe für ein verwandtes Anliegen. Die Begrifflichkeit ist offen, das Anliegen nicht.

Sicher ist, dass eine hohe Sachkompetenz für den hausärztlichen Versorgungsauftrag erforderlich ist, die zu fördern sich bisherige Lehrbücher der Allgemeinmedizin zur Aufgabe gemacht haben. Diese Sachaspekte werden wir in diesem Buch nicht wiederholen. Erfahrungswissen muss jeder selbst sammeln. Weisheit lässt sich nicht lehren oder gar von oben herab verordnen, wohl aber Wege und Methoden, um eine solche zu gewinnen. Daher versuchen wir, nicht nur bei der Beschreibung der komplexen Phänomene stehenzubleiben, sondern zu entwickeln, welche Kompetenzen für eine reflektierende Praxis wesentlich sind. Dazu gehört die Kompetenz der Selbstbeobachtung und des Nachdenkens über sich selbst, kommunikative Kompetenz und die Fähigkeit zur Kooperation. Wir wollen nicht nur Denkanstöße geben, sondern auch Handlungsanleitungen mit konkreten Formulierungsvorschlägen. Diese verbalen Interventionshilfen sind in den entsprechenden Kapiteln besonders hervorgehoben. Wir verweisen auf Internetquellen, wo Sie ergänzende Informationen für sich oder Ihre Patienten finden können. Am Ende steht ein Entwurf eines Bildes der Hausarztpraxis der Zukunft, das sowohl Kompetenzen als auch Strukturen einschließt. Daher versteht sich dieses Buch als ein ergänzendes Handbuch für werdende Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner und für Weiterbilderinnen und Weiterbilder. Insofern es die ganze Vielfalt hausärztlicher Behandlungskunst darzustellen versucht, ist es eine Werbung für den hausärztlichen Beruf, der so spannend und kreativ ist wie kaum ein anderer.

Obwohl die einzelnen Kapitel aufeinander abgestimmt sind, ist jedes Kapitel einzeln verständlich.

Wir danken allen Kolleginnen und Kollegen, die uns beim Schreiben unterstützt haben.

Wir bitten um Verständnis, dass aus Gründen der besseren Lesbarkeit überwiegend die männliche Form in einem neutralen Aspekt als Personenbezeichnung benutzt wird. Manchmal sind wir davon abgewichen, wenn wir annahmen, dass Ihre Vorstellungen beim Lesen von Genderaspekten beeinflusst sein könnten.

Komplexität anerkennendes Denken macht neugierig, kreativ und kooperativ und aufmerksam gegenüber den Auffassungen anderer. In diesem Sinn wünschen wir Ihnen eine anregende Lektüre.

Iris Veit, Harald Kamps, Bert Huenges und Torsten Schütte

August 2020

1 Einleitung

Hausärztliche Versorgung ist komplex. Dem würden alle tätigen Hausärztinnen und Hausärzte zustimmen. Unser Alltagsdenken neigt zwar dazu, nach einer einzigen Ursache für sich verändernde Situationen zu suchen. Doch eine solche zu finden ist auch in der Medizin selten der Fall. Selbst wenn ein Faktor wie ein Bakterium oder Virus ausgemacht ist, stellt sich die Frage, warum der eine krank wird, der andere aber nicht.

Die Covid-19-Pandemie ist ein Beispiel für Komplexität. Komplexität anerkennende Vernunft würde erfordern, *Zusammenhänge zu sehen, Kooperation zu suchen und Respekt vor dem Anderen zu haben*. Diesen Gedanken entwickeln wir im ganzen Buch, das vor der Covid-19-Pandemie entstanden ist. Die ersten Erfahrungen mit der aktuellen Pandemie bestätigen uns in unseren Schlussfolgerungen und sollen hier kurz benannt werden.

Weltweit zeigte sie, dass soziale Ungleichheit zu gesundheitlicher Ungleichheit führt, und der medizinische Sektor diese Ungleichheit nicht aufheben, allenfalls mildern kann. In den USA machen Afroamerikaner 13 % der Bevölkerung aus, stellen aber ein Drittel aller Covid-19-Erkrankten. Auch in Deutschland sind Langzeitarbeitslose schwerer erkrankt und hospitalisiert als Beschäftigte. Die Pandemie wirkt wie ein Brennglas, durch das schon vorher bestehende Konflikte deutlicher hervortreten. Wie Bertolt Brecht in der Moritat von Mackie Messer in der Dreigroschenoper dichtete:

»Denn die einen sind im Dunkeln
und die andern sind im Licht.
und man siehet die im Lichte
die im Dunkeln sieht man nicht.«

Die im Dunkeln wurden durch die Pandemie zumindest vorübergehend ins Licht gehoben. Zum Beispiel die Leiharbeiter aus Osteuropa in deutschen Fleischfabriken und auf den Erntefeldern. Die Pandemie beleuchtet auch die technisch und personell unzureichende Ausstattung des öffentlichen Gesundheitswesens und die Notwendigkeit, sein Schattendasein zu beenden. Sie weist auf die Not der Pflegebedürftigen. Die pflegerischen Berufe wurden plötzlich »systemrelevant«. Ob sich die »Systemrelevanz« in einer Tarifbindung dieser Berufe bei allen Trägern, höherem Lohn und besseren Arbeitsbedingungen zukünftig niederschlagen wird, ist noch offen.

Offensichtlich und öffentlich diskutiert wurde, dass *marktwirtschaftliche Mechanismen* nicht geeignet sind, in Bereichen der Daseinsfürsorge – wie z. B. der gesundheitlichen Versorgung – allen Menschen dienende Lösungen bereitzustellen.

Sichtbar wurde das am Beginn der Pandemie in der mangelnden Bevorratung. So hinderte der eklatante Mangel an Schutzkleidung Hausärzte, alte oder behinderte Menschen und chronisch Kranke bei Haus- und Heimbisuchen angemessen zu versorgen. Einige Ärzte bezahlten diesen Mangel mit ihrer Gesundheit. Die Aufgabe der Bereitstellung von Versorgung war auch für den stationären Sektor nicht im Blick. Denn Fallpauschalen honorieren dies nicht. Die Pandemie stellt nicht nur ein durch Fallpauschalen gesteuertes Abrechnungssystem in Frage, sondern auch, ob wir daran festhalten wollen, dass das Trachten nach Gewinn einzelner Investoren über die Mechanismen des Marktes zu verbesserter Gesundheit aller führt. Wie vieler Tote weltweit bedarf es noch, um diese Auffassung zu entkräften? Zumindest wurde auf politischer Ebene ein kleiner, erster Schritt zu zentraler Koordination gemacht, indem ein zentrales Register der Intensivbetten eingeführt wurde. Wie das angesprochene Problem der Bevorratung gelöst wird, und vor allem, wer sie bezahlt, ist noch offen.

Anerkennung der Komplexität würde verlangen, Kooperation und Partizipation zu fördern und auch dem jeweils anderen Wissen und Weisheit zuzusprechen. Auch dies belegte bisher die Pandemie. Die Kooperation der Wissenschaftler und ihrer Institutionen wuchs, um eine globale Bedrohung der Menschheit zu bewältigen, und neue Wege der Zusammenarbeit haben sich entwickelt. Die internationale Kooperation von Regierungen und ihrer Institutionen hinken sowohl auf europäischer als auch auf globaler Ebene hinterher. Komplexität anerkennende Vernunft würde anzuerkennen verlangen, dass das gesundheitliche Wohlergehen jedes Landes auch vom Wohlergehen anderer Länder, unserer unmittelbaren Nachbarn und den Ländern des globalen Südens, abhängig ist.

Komplexität anerkennende Vernunft würde für den hausärztlichen Versorgungsbereich eine enge Verzahnung zwischen den gebietsärztlich tätigen Kollegen aus ambulantem und stationärem Sektor, anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und der Zivilgesellschaft notwendig machen. Erinnern wir uns an die ansteckende Kreativität der Zivilgesellschaft und die verbreitete Haltung einer Fürsorge für andere am Beginn der Pandemie! Dieses Potential sollte im Blick behalten werden. Die Kommunen und Landkreise und das öffentliche Gesundheitswesen erlangten eine bisher nicht ausreichend wahrgenommene Bedeutung. Eine Lehre daraus könnte sein, dass nur kooperative Strukturen der hausärztlichen Versorgung zukünftig Bestand haben werden. Kooperation kann durch die Möglichkeiten, die die *digitalisierte Welt* bietet, noch weiter entwickelt werden. Die digitale Technik hat durch die Pandemie einen Schub erhalten, der nicht mehr wegzudenken ist.

Um die Anerkennung von evidenzbasiertem Expertenwissen hat sich eine gesellschaftliche Diskussion entwickelt. Evidenzbasierte Wissenschaft hat öffentliche Anerkennung erfahren, auch wenn nach dem Lockdown narzisstische und nationalistische Tendenzen in der Gesellschaft in den HygienesDemonstrationen sichtbar wurden und unter dem Schlagwort der Freiheit eine Beliebigkeit gegen evidenzbasierte Fakten setzen wollten. Zur Bedeutung evidenzbasierten Sachwissens äußern wir uns im Kapitel »Choosing wisely«.

Die Zukunft ist zwar unsicher, doch voller Möglichkeiten der Veränderung. Zu welchen vor der Pandemie nicht einmal vorstellbaren Entscheidungen war

die Politik fähig – diese Erinnerung wird hoffentlich wirksam bleiben für den Mut, den solche Änderungen erfordern.

In einer komplexen Welt können Situationen verschiedene Zustände annehmen. Weil alle Variablen kreisförmig in Rückkopplungsschleifen miteinander verbunden sind, können winzige Veränderungen weitreichende Folgen haben. Der strapazierte Begriff »multifaktoriell« umschreibt das nicht. Um in Metaphern zu sprechen, bewegen wir uns nicht auf Leitern, die Sprosse für Sprosse (jede Sprosse ein Faktor) nach oben zum Überblick führen, sondern wie eine Kugel in einer Landschaft mit Bergen und Tälern, deren Ruhepunkt ungewiss ist. Anerkennung der Komplexität würde deshalb verlangen, *vor eigenen Entscheidungen innewohnen, abzuwarten und Unsicherheit zumindest eine Zeit lang auszuhalten*. Wir sollten unseren Patienten nicht davoneilen, sondern Schritt für Schritt mit ihnen gehen. In der systemischen Therapie gibt es dafür den Begriff des »Pacing«, in der humanistischen Medizin (von Uexküll) den Begriff der »Passung«.

Anerkennung der Komplexität würde vor allem verlangen, *Zusammenhänge* zu sehen. Wir haben bereits einige Zusammenhänge beschrieben, die diese Pandemie sichtbar werden lässt. Es ist jedoch unmöglich, Zusammenhänge ausschließlich aus der Perspektive von außen zu erkennen. Versetzen Sie sich in die Lage einer Person, die einen Film betrachtet, in dem sie gleichzeitig Mitspieler ist. Angewandt auf die Rolle des Arztes: er ist gleichzeitig Mitspieler wie Beobachter und schlüpft abwechselnd mal in die eine und mal in die andere Position. In der Außenposition als Beobachter kann er aus der Distanz reflektieren, was ihn und den anderen in der jeweiligen Situation beeinflusst hat. Wer Komplexität anerkennt, ist daher gezwungen, eine selbstreflektierende Praxis zu pflegen. Er muss über sich selbst, seine eigenen Werte und Glaubenssätze, die er im Laufe der eigenen Entwicklung und im Rahmen seiner kulturellen Zugehörigkeit erworben hat, nachdenken. Er müsste die Gefühle und Assoziationen und Körpersensationen wahrnehmen und berücksichtigen, die in der Interaktion mit dem jeweiligen Patienten aufkommen und das weitere Handeln beeinflussen. Für diese Haltung und daraus folgenden Handlungen benutzen wir in diesem Buch den Begriff »Beziehungsmedizin«. Verbunden ist dieser Begriff mit Ansichten verschiedener Denktraditionen. Darin fließen die Konzepte unterschiedlicher Theorien ein: das Konzept von Übertragung und Gegenübertragung (psychodynamische Theorien), das Konzept des Rapports (systemische Sichtweise) und Begriffe der Leiblichkeit, Situation und der Atmosphäre (Neue Phänomenologie) und der Begriff der Resonanz (soziologische Theorie nach Rosa 2016). Das ganze Buch ist durch den Wunsch geprägt, eine selbstreflexive Praxis anregen zu wollen, die wir für unverzichtbar halten, um mit Komplexität umzugehen.

In den ersten Kapiteln beschreiben wir zunächst die Variablen, die das hausärztliche Handeln komplex machen – beginnend mit der Multimorbidität. Aber wir bleiben nicht bei der Beschreibung dieser Variablen stehen, sondern leiten bereits in jedem Kapitel die Konsequenzen ab, die sich für Haltungen und Handlungen bis hin zu verbalen Interventionen ableiten lassen. Daraus ergibt sich der Praxisbezug.

Zunächst zu den Variablen.

Das Komplexes des hausärztlichen Versorgungsauftrags wird allein darin offensichtlich, dass chronisch Kranke multimorbid erkrankt sind und in einer älter werdenden Gesellschaft chronisch und *multimorbid Erkrankte zunehmen*. Ein ängstlicher Patient mit Diabetes mellitus ohne Selbstvertrauen und ohne optimistische Sicht auf die Zukunft verlangt ein anderes Vorgehen als ein depressiv gestimmter Diabetiker, der eher alle Verantwortung an den Arzt abtreten will, viel Geborgenheit in der Patient-Arzt Beziehung sucht, aber dennoch in seiner Passivität ärztliche Behandlungsmaßnahmen unterläuft. Dies stellt uns vor interaktionelle Probleme, deren Lösung eine langfristige Bindung ermöglichen kann.

Im Umgang mit *Multimorbidität* sieht der Hausarzt, wie begrenzt seine Spielräume sind: Multimorbidität und chronische Krankheiten überhaupt sind in hohem Maße von gesellschaftlichen Variablen abhängig wie der zunehmenden Aufspaltung der Gesellschaft in Arm und Reich, prekären Lebensverhältnissen und Einsamkeit. Der Hausarzt muss den individuellen Patienten behandeln, aber kann diese Ursachen nur unzureichend beeinflussen. Wie kann er Priorisierung meistern und einen Handlungsplan entwickeln, der den Zielen des Patienten entspricht? Antworten dafür bis hin zu konkreten Formulierungshilfen stellen wir in diesem Kapitel vor.

Weitere Variablen erhöhen den Grad der Komplexität. Krankheit und Gesundheit sind nur *im Rahmen der gesamten Lebenswelt der Patienten* zu verstehen und zu behandeln. Krankheit und Gesundheit sind nur vor dem Hintergrund des Systems zu verstehen, in dem der Patient lebt. Diesen Kontext berücksichtigt besonders die Allgemeinmedizin, weil hier gleichzeitig *Familienmitglieder und Nachbarn* betreut werden, Hausbesuche zum Arbeitsfeld gehören und sich die Versorgung auf ein räumlich begrenztes Gebiet, z. B. das Quartier, bezieht. Der Arzt ist Teil dieser Lebenswelt. Das bedarf in besonderer Weise der Reflexion eigener Wertvorstellungen und transparenter Regeln für Gespräche mit mehreren.

Selten wird betrachtet, dass *Ärztinnen und Ärzte eigene Gefühle* und Wertvorstellungen mitbringen. Diese können die Interaktion zwischen Patienten und Arzt fruchtbar, aber auch dysfunktional gestalten. Die Gefühle der Patienten wahrzunehmen und dysfunktionale Interaktionen zu erkennen, wird bereits in Kommunikationsmodellen berücksichtigt. Wenig berücksichtigt werden die Gefühle, die Ärzte ihrerseits aus ihrer Sozialisation mitbringen und die aus zeitlicher Überforderung und mangelnder emotionaler Unterstützung resultieren. Hierzu zählen Angst und Unsicherheit vor Fehlern, Schamgefühle überhaupt und narzisstische Überhöhung der eigenen Position. Letzteres trägt dazu bei, den Hausarztberuf nicht zu wählen. Unter dem Einfluss negativer Gefühle verordnen Ärzte mehr Medikamente und mehr technische Diagnostik und tragen damit zur Über-, Unter- und Fehlversorgung bei. Selbstreflexion ist ein erster Ausweg und Teil eines Konzeptes der Selbstfürsorge.

Auch die *gesellschaftlichen Rahmenbedingungen* gestalten die Komplexität. Hierzu gehören die globalen, durch den Klimawandel geschaffenen und in Gestalt weiterer Pandemien auf uns zukommenden Veränderungen, die knapper werdenden Ressourcen der Zeit, hohe Mobilität, Armut und Arbeitslosigkeit und eine zunehmende Zahl von Patienten aus anderen Kulturen, sowie nicht zuletzt die zunehmende Digitalisierung der Gesellschaft sowie die Entwicklung neuer

Versorgungsstrukturen. Viele Hausärzte sehen sich mit Problemen konfrontiert, die aus Umweltzerstörung, Armut, prekärer Beschäftigung, langen Anfahrtswegen zum Arbeitsplatz und der Auflösung von Familienbeziehungen herrühren. Diese sozialen Rahmenbedingungen können sie nicht beeinflussen und mögen sich daher überfordert fühlen. Dennoch wünschen sich Patienten von ihren Hausärzten – und diese haben auch eine bescheidene Macht dazu – die Bedingungen etwas weniger belastend zu gestalten, sei es durch Arbeitsunfähigkeit-Bescheinigungen, Anträge auf Rehabilitationen, Schwerbehinderten-Ausweise, Kuren und ähnliches. Es erscheint uns wichtig, zumindest grob diese gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu skizzieren.

Die *technische Innovation der Digitalisierung* hat bereits viel verändert und wird es auch durch die Covid-19-Pandemie weiterhin tun. Sie demokratisiert und erleichtert den Zugang zu medizinischem Expertenwissen für alle Menschen und könnte Kooperation vereinfachen. Sie nährt aber auch die Illusion, dass sich allein durch viele Daten Komplexität reduzieren ließe und eine Medizin, die dem Beziehungserleben und dem Verstehen des Anderen Raum gibt, nicht mehr nötig sei. Sie stärkt die Illusion des Individuums, dass Kontrolle in einer unsicher erlebten Welt möglich sei und macht gleichzeitig seine Kontrolle in umfassender Weise möglich. Hier bieten wir keine Lösungen, sondern Überlegungen an, wie wir nicht nur Opfer dieser Innovation sein können. Wir verweisen auf Apps für Patienten und informative Internetadressen.

Zusätzlich zum Versorgungsauftrag ist der *Auftrag der Aus- und Weiterbildung* getreten. Die Hausarztpraxis ist zum Lernort geworden. Allgemeinmediziner haben neben ihrer Rolle als Versorger auch die des Lehrenden bzw. Gelehrten (engl. »scolar«) übernommen. Dies macht die Interaktion in der Hausarztpraxis komplexer. Neben dem Sachwissen über die Rahmenbedingungen der Aus- und Weiterbildung wird in diesem Kapitel vermittelt, mit welchen Methoden – zum Beispiel dem Feedback geben – die Interaktionen mit Studierenden und Ärzte in Weiterbildung werden können.

Wie können Hausärzte in dieser *komplexen Situation weise Entscheidungen* treffen? Hohe sachliche Kompetenz und Partizipation (Einbeziehung des Patienten in die Entscheidungsfindung) sind dazu sehr wichtig. Choosing wisely wird bisher unter dem Gesichtspunkt betrachtet, nicht evidenzbasierte Behandlungsstrategien zu eliminieren. Das ist hilfreich und basal, um Fehl- und Überversorgung zu beschränken, aber nicht allein ausreichend. Ist es ausreichend, wenn Partizipation hinzutritt? Partizipation ist heute zu einem ethischen Grundsatz in der Medizin geworden. Es ist eine gute Entwicklung, sich vom paternalistischen Modell abzuwenden und Patienten nach ihren Zielen und ihrem Weg dorthin zu befragen. Doch muss Partizipation berücksichtigen, dass die Beziehung zwischen Patienten und Arzt asymmetrisch und Macht ungleich verteilt ist. Es ist nicht der Königsweg, Verantwortung an die Patientin zu delegieren und mit der Ablehnung des paternalistischen Modells auch gleichzeitig die ärztliche Fürsorge zu eliminieren. Auf den Weg dahin, Weisheit oder den »guten Hausarzt« zu beschreiben, definieren wir Sach- und technisches Wissen, Erfahrungswissen und Intuition. Hausärztliche Weisheit macht aus, dass er Unsicherheit überhaupt aushalten und interaktionelles Verhalten sich bewusst machen und verstehen kann.