

Versuch einer Ordnung der hausärztlichen Tätigkeitsmerkmale nach systematischen Prinzipien

Diedrich Dieckhoff

"Wenn man aber den Kranken als Ganzes zu begreifen versucht, hat man für keine andere Leidenschaft mehr Kraft. Ja, auch der Arzt muß ein Ganzes sein! Der Arzt selber!

(A. Solschenizyn: Krebsstation)

Summary

Various attempts were made to differentiate the specialized subjects of General Medicine from those of other medical departments by describing the particular elements and teaching goals. No convincing result was achieved, though. As a consequence of this failure trials have been made to present a description of the family doctor's functional performance. This functional performance has been chosen as a starting point for the creation of a systematical order within the family doctor's field of work. It is characterized by a typical form of relation between patient and physician and by the combined and complementary interaction of patient and doctor. The family doctor's particular performance is to be identified by pointing out the characteristic forms of intervention and the typical forms of interaction. One distinguishes the following forms of interaction:

1. practising interaction
2. preventing interaction
3. curative interaction
4. protecting interaction
5. social-integrative interaction
6. nursing interaction.

Zusammenfassung

Verschiedene Bemühungen, die fachlichen Inhalte der Allgemeinmedizin gegen die Inhalte anderer Fachgebiete abzugrenzen (Gegenstandskatalog,

Lehrzielkatalog), haben zu keinem überzeugenden Ergebnis geführt. Daher wurde versucht, von der bisherigen statistisch orientierten Aufzählung von Kompetenzen und Leistungsformen - wie im Gegenstands- und Lernzielkatalog - abzugehen und an deren Stelle eine Beschreibung des hausärztlichen Tätigkeitsbereichs von der funktionellen Seite her vorzulegen. Die typische Art der Beziehung zwischen Patient und Allgemeinarzt, das gemeinschaftliche, einander ergänzende Handeln-zu-Handeln von Patient und Arzt, wurde zur Ausgangsbasis einer systemischen Ordnung hausärztlicher Tätigkeit gewählt. Durch das Zusammentragen von bestimmten Interventionsformen, Handeln-zu-Handeln, mit näherbestimmenden Eigenschaften des Handelns wird das Bild der eigenen Identität der hausärztlichen Betreuung geprägt.

Unterschieden werden folgende Arten des Handeln-zu-Handelns von Patient und Arzt.

1. Übendes Handeln-zu-Handeln
2. Vorbeugendes Handeln-zu-Handeln
3. Kuratives Handeln-zu-Handeln
4. Schützendes Handeln-zu-Handeln
5. Sozial-integrierendes Handeln-zu-Handeln
6. Pflegendes Handeln-zu-Handeln

Inventarisierung der strukturellen Elemente

Der Lehrzielkatalog Allgemeinmedizin hat die Erwartungen, daß er als grundlegender Kodex des Lehrgebietes Allgemeinmedizin für Unterricht und Forschung dienen könne, nur teilweise erfüllt. Er bietet eine Aufzählung von allgemeinmedizinischen Aufgabenbereichen in der Lebenswelt

des Kranken, aber keine eigenständigen, neuartigen Qualitäten des allgemeinärztlichen Handelns (4). Die unbestrittene Präferenz der subjektiven Belange des Patienten (Sturm: Renaissance des Hausarztes) in allen hausärztlichen Handlungsbereichen findet keine Berücksichtigung. Es fehlen fast vollständig Funktionsmuster, die eine Reaktion der hausärztlichen Handlungsmuster auf subjektive Komponenten der Kommunikation mit dem Patienten ausdrücken.

Eine Skizzierung der spezifischen Merkmale der hausärztlichen Tätigkeit, der dynamischen Anpassung des hausärztlichen Handelns an die individuellen Bedürfnisse des Kranken und der Bedingungen seines Umfeldes, also der funktionellen Aspekte hausärztlichen Handelns, wird man vergebens suchen. Die bloße Inventarisierung der strukturellen Elemente des hausärztlichen Stoffgebietes vernachlässigt die Tatsache, daß die Vermittlung von praktischen Handlungsanleitungen ein vorrangiges Ziel des allgemeinmedizinischen Unterrichts sein sollte.

Als Grundlage für die wissenschaftliche Analyse von Mechanismen der hausärztlichen Tätigkeit ist jedoch eine fachlich authentische Definition des hausärztlichen Arbeitsgebietes unerlässlich; solange eine solche nicht vorliegt - die Definition der DEGAM genügt nicht, da sie zu sehr sachorientiert ist (2) - werden die Materialien für typisch allgemeinärztliche Fragestellungen an die Funktion der hausärztlichen Praxis für die Forschung nicht zur Verfügung stehen.

Patient-Arzt-Beziehungen unter funktionellen Gesichtspunkten

In dieser Abhandlung wird der gegenseitige Dialog - das "Handeln-zu-Handeln"- von Patient und Arzt als Ausgangspunkt und Motor der gegenseitigen Beziehung postuliert. Der Ansatz einer funktionsbezogenen Beschreibung der Patient-

Arzt-Beziehung als wechselseitiger Austausch von Handeln hat gegenüber einem eher statischen Aspekt, der auf einer Beschreibung der funktionalen und sachlichen Strukturen der gegenseitigen Beziehung beruht, den Vorteil, daß neben der lebensnahen Komplexität des hausärztlichen Handelns, entsprechend dem Bedeutungsumfang der Handlungsarten, auch der Spielraum der Anpassungsfähigkeit des hausärztlichen Handelns an die wechselnden Bedingungen der Patient-Arzt-Beziehung darstellbar ist. "Schützendes Handeln" des Arztes meint sowohl Reagieren auf Schutzbedürfnisse des Kranken als auch Modifizieren des Handelns bei Veränderung der bedingenden Situation.

Konsultationshandeln des Patienten und Beratungshandeln des Arztes sowie das Handeln beider Partner im therapeutischen Interaktionsprozeß bedingen einander gegenseitig. Patient-Arzt-Handeln läßt sich unter dem Gesichtspunkt des funktionellen Zusammenhangs als wechselseitige, zeitlich und örtlich terminierte Handeln-zu-Handeln-Beziehung beider Partner verstehen. Die Verknüpfung spezieller Komponenten allgemeiner Handlungsprogramme nach bestimmten Muster, welche die spezielle Problematik des Konsultationsanlasses vorgibt, führt zu einer neuartigen systemischen Beziehung zwischen Patient und Arzt, die im Vergleich zu anderen Beziehungen zwischen Patient und Arzt den Charakter der Einmaligkeit aufweist. Dieser Entwurf weist über die Wesensbestimmung der Patient-Arzt-Beziehung, die in dem "Gestaltkreismodell" von V. von Weizsäcker Ausdruck gefunden hat, hinaus; der Patient ist hier generell gleichwertiger, komplementärer Partner der Handlungsbeziehung; seine komplementäre Position wird nicht im wesentlichen auf die Funktion als informierender Partner - wie bei von Weizsäcker - reduziert (11). Das handelnsstiftende Moment wird definiert durch

die aktuelle Problematik des Patienten und die Art der Auswirkung der spezifischen Situation, aus deren Eigenkomplexität sich die Problematik entwickelt hat. Das rationale Verständnis einer effektiven Handeln-zu-Handeln-Beziehung beruht auf der prinzipiellen Übereinstimmung von Patient und Arzt in fundamentalen Beurteilungen und Verfahrensweisen im Rahmen der gegenseitigen Beziehung.

Aufgaben einer systemischen Analyse

Aufgabe einer Systemtheorie der Allgemeinmedizin ist es, die Geschlossenheit der Organisationsform des hausärztlichen Tätigkeitsbereichs und die Regelmäßigkeit der hausärztlichen Handlungsmuster im konkreten Wirkungsbereich zu beschreiben. An Handlungsmustern, die für das Fach als repräsentativ gelten, müssen Merkmale dargestellt werden, die die Entwicklung systemischer Beziehungen im hausärztlichen Behandlungskomplex konstituieren.

Hausärztliche Handlungsmuster haben "die Krankheit' als gemeinsame 'Sache'" zum Gegenstand (10); in diesem Interaktionssystem begründen Patient und Hausarzt gemeinsam durch eine gezielte Auswahl der Kommunikationsobjekte [a], durch Favorisierung spezifisch hausärztlicher Problemlösungsformen [b] und durch zweckentsprechende Verknüpfung dieser beiden Bereiche [c] eine systemische Beziehung. Diese bringt einen höheren Grad an Effektivität der Kommunikation und eine Zunahme an Lösungskompetenzen für komplexe Entwicklungen der Probleme mit sich.

In der täglichen Praxis fordert der schnelle Wechsel der Probleme im Verlauf einer Krankheit häufige Änderungen der diagnostischen und therapeutischen Handlungsformen; Motiv solcher Änderungen ist das Prinzip, Individualität und ganzheitliche Integrität des Kranken auf jeden Fall zu

erhalten.

Eine radikale Reduktion der Vielzahl allgemeinmedizinischer Handlungsmuster und Funktionsmerkmale unter praktischen und didaktischen Gesichtspunkten würde die "Plethora" der allgemeinmedizinischen Tätigkeiten - wie im Lehrzielkatalog dargestellt - auf wenige, praktisch relevante Leistungsformen zurückführen.

Basis einer systemischen Organisationsform sollten alle Arten des hausärztlichen Handelns in sozialen, psychischen und medizinischen Zusammenhängen und Strukturen sein. Eine systemische Organisationsform sollte geeignet sein, die Komplexität des hausärztlichen Handelns und seiner Tätigkeitsfelder in beschreibbare und meßbare Einheiten zu zerlegen; in diesen Elementen können die Prinzipien der hausärztlichen Betreuungsfunktion sichtbar gemacht werden.

Der Begriff des Handeln-zu-Handelns

Der Terminus "Handeln-zu-Handeln" beschreibt in seiner semantischen Interpretation sukzessiv aneinandergefügte, gegenseitig ergänzende Tätigkeitsbewegungen von Patient und Hausarzt. Die Art der Verknüpfung des Handelns von Patient und Hausarzt in der Handeln-zu-Handeln-Beziehung läßt ein charakteristisches, nur in dieser hausärztlichen Beziehung realisiertes diagnostisches und therapeutisches Konzept erkennen. Durch die konkrete Teilnahme des Patienten am Handlungsprozeß wird den subjektiven Momenten der Zwecksetzung und der Entscheidung der gleiche Stellenwert eingeräumt wie den handlungsinitiierenden Sachverhalten. Patient und Hausarzt steht es frei, ihre Handlungsweisen nach eigener Zwecksetzung und eigenen finalen Konzepten aus einer Vielzahl von Möglichkeiten auszuwählen und in einem gemeinsamen Gesamtziel zu verknüpfen; diese Verknüpfung verleiht

dem gemeinsamen Handeln eine größere Problemlösungskapazität.

Im gemeinsamen Handeln ist der Patient Experte für die situativen und subjektiv-erlebnishaften Dimensionen seines Problems, der ganzheitlich orientierte Hausarzt verbindet die Rolle des Experten für die sachlichen Grundlagen der Probleme mit der Funktion des erfahrenen Beraters für die persönlichen Aspekte des Patienten.

Handeln-zu-Handeln ist biographisch orientiert, es verbindet bewußt die Auswirkungen zurückliegender Lebensereignisse des Patienten mit den medizinischen und sozialen Anforderungen der akuten Situation.

Übergeordnetes Konzept der Begriffsbildung "Handeln-zu-Handeln" ist die Partnerschaftlichkeit von Patient und Arzt; aus gleichem Verständnis der gegenseitigen Beziehung von Patient und Arzt wurde von Greenson der Terminus "Arbeitsbündnis" in der Psychoanalyse eingeführt (3).

Spielraum des Handeln-zu-Handelns

Die Grenzen des gegenseitigen Handelnspielraums werden abgesteckt durch die Erwartungen des Kranken in die Lösungsmöglichkeiten seines Problems und in die Fähigkeiten des Arztes, die Lösung seines Problems herbeizuführen.

Handeln-zu-Handeln von Patient und Arzt konstituiert eine, gegenüber alternativen nicht-komplementären Möglichkeiten der Problemlösung, wesentlich humanere und effektivere Lösungsform (z.B. Abstimmung über Zumutbarkeit von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen).

Die Effektivität dieser Art von Beziehung zwischen Patient und Arzt läßt sich nicht ausreichend aus den Eigenschaften der einzelnen Komponenten, dem isolierten Handeln des Arztes und dem des Patienten erklären, sondern nur aus dem beiden Handelnsanteilen gemeinsam innewohnen-

den Impuls, der aus dem Erleben einer in seiner Art einzigartigen hilfreichen Beziehung erwächst.

Funktionale Differenzierung des Handeln-zu-Handelns

Innen- und Außenwelt des Patienten

Die Innenwelt des Patienten umgreift seine Person als ganzheitliche Erscheinung: Körper, Geist und Psyche sind die konstituierenden Elemente dieser leib-seelischen Einheit, gemeinsam prägen sie das Bild seiner Persönlichkeit. Durch vielschichtige funktionelle Beziehungen ist die Innenwelt des Patienten mit seiner Außenwelt, dem natürlichen biophysikalischen und sozialen Umfeld in wechselseitigem Austausch verbunden; die systemische Integration von Innen- und Außenwelt in die Gesamt-Wirklichkeit des Daseins beschreibt modellhaft der "Funktionskreis" von J. von Uexküll (8), bzw. in differenzierterer Form das "Situationskreis"-Modell von Th. von Uexküll (9), G. Heller spricht von "mehrdimensionaler Integration im ärztlichen Denken und Handeln" (6).

Handeln-zu-Handeln vermittelt die Grundlagen für die Analyse der Probleme aus Innen- und Außenwelt in systemischem Zusammenhang (z.B. langzeitige Krankheit - Arbeitslosigkeit - soziale Deprivation), indem es die differentiellen Informationen zusammenführt und nach einer sinnhaften Präferenzordnung strukturiert (z.B. Rangordnung des Informationsgewichts in bezug auf die Lebensqualität des Patienten: 1. Rang: soziale Deprivation, 2. Rang: langzeitige Krankheit, 3. Rang: Arbeitslosigkeit). Dieser Sachverhalt veranschaulicht nachdrücklich, daß es niemals um isolierte Probleme in den Lebenswelten - Innen- und Außenwelt - des Patienten geht, sondern daß die Probleme nur im Rahmen ihrer Integration in die systemische Ganzheit von Innenwelt-Außenwelt-Beziehung einer adäquaten Lösung zugeführt

werden können.

Arten des Handeln-zu-Handelns von Patient und Hausarzt

In der Handeln-zu-Handeln-Beziehung verknüpfen innerhalb der gemeinsamen Interaktion charakteristische Arten des hausärztlichen Handelns die Problemlösungsmöglichkeiten des Patienten mit den instrumentellen und institutionellen Hilfsmitteln des Arztes. Das gemeinsame Zusammenwirken von Patient und Arzt bei der Auswahl problemrelevanter Handlungsmuster, sowie die gemeinsame Beteiligung bei der Koordination von Handlungsmustern zu einem effektiven Handlungskomplex, sollte die Grundlage für eine organisatorisch dichte, handlungsmäßig intensive und affektiv enge Beziehung von Patient zu Arzt bilden.

Im Verlaufe der Handeln-zu-Handeln-Beziehung werden durch den kontinuierlichen Aufbau weiterer Handlungsbeziehungen neue diagnostische (z.B. Konsiliardiagnostik) und therapeutische (z.B. Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen) Systeme begründet, welche die Wirksamkeit der Handeln-zu-Handeln-Beziehung verbessern und erweitern und ihrerseits wiederum Ausgangsbasis für ergänzende Handlungsarten sind (z.B. verbesserte Erfolgchancen einer medizinischen Behandlung von Alkohol-Hepatosen bei Trinkern, die bereit sind, sich Selbsthilfegruppen anzuschließen). Ergebnis dieser Beziehung ist, daß die Patienten mit verbesserten Bewältigungsstrategien und Perspektiven ausgestattet werden, die ihnen eine neue und günstigere Ausgangslage für den Umgang mit ihren Problemen bieten.

Die Vielzahl von Reaktionsweisen zwischen dem Patient und seinem Hausarzt lassen sich in den Gruppen von sechs typischen Handlungsarten

subsumieren; in den einzelnen Gruppen sind gemäß ihrer Bedeutungsumfänge alle inhaltlich verwandten hausärztlichen Tätigkeiten und Tätigkeitsarten zusammengestellt.

1. Übendes Handeln-zu-Handeln

Die Einführung des Terminus "übendes Handeln-zu-Handeln" wird begründet durch die Notwendigkeit im Bezug des Patienten zu seinem Organismus solche Handlungsmuster abzugrenzen, die nicht von außen her, sondern durch übende Ausschöpfung seiner eigenen Ressourcen neue Systemidentitäten hervorbringen.

Übendes Handeln-zu-Handeln wird realisiert bei akuten und chronischen Leistungsminderungen und bei fehlerhaften Reaktionen des Organismus. Durch Mobilisierung brachliegender körperlicher Reserven, aktivierende Maßnahmen [a] und trainierende Maßnahmen [b] soll der Patient - von seinem Hausarzt oder seinen Helfern angeleitet - lernen, seine Einstellungsfähigkeit auf Veränderungen seines eigenen Körpers und auf Veränderungen innerhalb seines Lebensumfelds qualitativ und quantitativ zu erweitern (Hilfe zur Selbsthilfe).

-
- [a] Aktivierende Maßnahmen: systemische Belebung ruhender Funktionskapazitäten, z.B. Verordnung von sportlicher Betätigung
 - [b] Trainierende Maßnahmen: systematische Wiedererholung von Tätigkeiten und Verhaltensmustern, z.B. Selbstentspannung durch Autogenes Training

2. Vorbeugendes Handeln-zu-Handeln

Der Ausdruck "vorbeugendes Handeln-zu-Handeln" bezeichnet solche Maßnahmen, die dem

Gesamtkomplex der Gesundheit durch Vermittlung gesundheitlicher Orientierungen (z.B. fett-reduzierte Ernährungsweise, geregelter Tag-Nacht-Rhythmus) und Einsatz präventiver Methoden (z.B. Impfung, Screening-Untersuchungen) eine höhere Qualität und ein breiteres Spektrum an Krankheitsbewältigungsmustern verleiht.

Vorbeugendes Handeln-zu-Handeln umfaßt medizinisches Handeln von Patient und Arzt, das der Früherfassung von Krankheiten und körperlich-, psychosozial- und umweltbedingten Behinderungen und Gesundheitsrisiken (Primärprophylaxe) und der Vorbeugung gegen Spätschäden (Sekundär- und Teriärprophylaxe) dient. Unter Führung des Hausarztes überwacht der Patient mit den Mitteln der geschulten Selbstbeobachtung gefährdete Teilbereiche seines Organismus, oder er unterzieht sich, aufgrund eigener Entscheidung, den Früherkennungsuntersuchungen und Frühbehandlungsmaßnahmen, die in der hausärztlichen Praxis angeboten werden.

Gemeinsames Merkmal aller vorbeugenden Maßnahmen ist die Ausrichtung auf künftige Entwicklungszustände der Person; dieses Ziel verlangt vom Hausarzt nicht nur Gesundheitsberatungen durchzuführen, sondern auch für die regelmäßige Veranlassung und kontinuierliche Gewährung der präventiven Maßnahmen zu sorgen.

3. Kuratives Handeln-zu-Handeln

Sinn der Subsumierung unterschiedlicher kurativer Tätigkeitskategorien unter dem Terminus "kuratives Handeln-zu-Handeln" ist die Reduktion der großen Vielfältigkeit der Tätigkeitskategorien in der ambulanten kurativen Medizin auf typische, für das System der hausärztlichen Betreuung kennzeichnende Tätigkeitsformen (z.B. Betreuung von Patienten mit Befindensstörung, Versorgung von chronisch Kranken und Multimorbiden).

Im kurativen Handeln-zu-Handeln wird das Konzept der gegenseitig ergänzenden Zusammenarbeit im Sinne des "therapeutischen Bündnis" (1) von Patient und Arzt bei Diagnostik und Therapie von Notfällen, akuten oder chronischen Gesundheitsstörungen sowie bei Verlaufsbeobachtung von Krankheiten und ihren Folgeerscheinungen realisiert. Gegenstand gemeinsamen Handelns sind sowohl banale (Bagatellen) als auch schwerwiegende Krankheiten, solange sie am Wohnplatz des Patienten mit den Mitteln der hausärztlichen Praxis therapierbar sind und der Patient durch die Mitwirkung physisch und psychisch nicht überfordert wird.

Zumutbarkeit und Verträglichkeit einer Maßnahme lassen sich für den Patienten bzw. seinen Angehörigen umso sicherer beurteilen, je aktiver er an allen Entscheidungsprozessen und Ergebniskontrollen teilnimmt. Durch seine konkrete Beteiligung am kurativen Prozeß ist der Patient als Repräsentant seiner Ganzheit sowohl konkreter Gegenstand des Handelns als auch handelnde Person; diese Situation gibt ihm die Chance, seine persönliche Perspektive des Krankheitserlebens und der Krankheitsverarbeitung zum Fundament seines Anteils am kurativen Handeln-zu-Handeln zu machen.

4. Schützendes Handeln-zu-Handeln

Schützendes Handeln-zu-Handeln beschreibt die Nutzungsmodalitäten der differenzierten Instrumente für eine medizinisch-soziale und sozialfürsorgende Versorgung. Es bezieht den Patienten zur Mitarbeit an sozial-protektiven und -kurativen Maßnahmen ein, die eine Lösung krankheitsbedingter sozialmedizinischer und sozialer Probleme zum Ziel haben. Das hausärztliche Bestreben geht dahin, den Patienten schrittweise von sozialem und wirtschaftlichen Druck zu entlasten (z.B.

Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit), damit er ohne äußere Bedrohungen selbst die Initiative zur Bewältigung seiner sozialen Probleme übernehmen kann. Übergeordnetes Ziel ist die Sicherung der individuellen körperlichen und psychosozialen Situation des Patienten durch Reduktion seiner Abhängigkeit von dominanten desintegrativen Umweltfaktoren (z.B. emotionale Vorurteile, wirtschaftliche Verknüpfung von Kranksein).

Im Stadium der körperlichen Hilflosigkeit ist die Ermutigung des Patienten durch Weckung des Bewußtseins wichtig, daß er auch mit einem Rest an Fähigkeiten eine sinnvolle Rolle in seinem Lebensumfeld spielen kann (z.B. Schwerbehindertenhilfen).

Normative Prinzipien, die von der Krankenversicherung und dem sozialen Sicherungssystem entwickelt wurden, legitimieren die Konzepte des schützenden Handeln-zu-Handelns.

5. Sozial-integrierendes Handeln-zu-Handeln

Mit dem Terminus "sozial-integrierendes Handeln-zu-Handeln" wird das therapeutische Handeln bei Störungen der sozialen Beziehungen des Patienten mit seiner näheren (Familie) und weiteren (Arbeitskollegen) Umwelt beschrieben.

Sozial-integrierendes Handeln-zu-Handeln von Patient und Arzt verbindet umweltbezogene kognitive Handlungsformen (z.B. Wahrnehmung familiärer Ereignisse und Einschätzung ihrer Entwicklungstendenzen) mit emotionalen Reaktionen (z.B. gefühlsmäßige Reaktion auf familiäre Ereignisse) und konativen Faktoren (z.B. Aktivität in bezug auf familiäre Ereignisse), um eine Veränderung in den Beziehungen des Patienten zu seiner persönlichen Umwelt herbeizuführen. Die aktive Teilnahme am sozial-integrativen Handeln soll dem Patienten schrittweise einen Einblick in

den Zusammenhang destruktiver Faktoren (z.B. enttäuschte Rollenerwartung in der Familie) mit der Herabsetzung seiner psychischen Belastbarkeit (z.B. Frustration bei Kontakten mit Familienmitgliedern) und der Destabilisierung seiner persönlichen Bindungen (z.B. Familienkonflikte) öffnen; er soll erkennen, daß Dichte und Beständigkeit persönlicher Beziehungen weitgehend mit der Festigkeit seiner eigenen Bereitschaft, Beziehungen aufzubauen und fortzusetzen, korrelieren.

Der Hausarzt unterstützt die Aktivitäten des Patienten durch beratende Gespräche und, soweit erforderlich, Veranlassung psychosozialer und psychotherapeutischer Hilfen.

6. Pflegendes Handeln-zu-Handeln

Pflegendes Handeln-zu-Handeln faßt solche pflegenden Maßnahmen zusammen, die das gesellschaftliche System für Schwerkranke, Gebrechliche und Hilflose, die außerhalb der lebendigen Interaktion mit ihrer Umwelt stehen (z.B. im Alten- oder Pflegeheim), vorhält, um die Auswirkungen von Krankheit oder Auseinanderfallen des Lebenszusammenhangs auf ein erträgliches Maß zu reduzieren.

Die Auswahl medizinischer (z.B. Hauskrankenpflege) oder geriatrischer Pflegeformen (z.B. psychogeriatrische Pflege) wird vom Hausarzt aufgrund des akuten Pflegebedarfs und der prospektiven Entwicklung der Gesamtsituation des Patienten getroffen. Durch seine Teilnahme an den pflegerischen Maßnahmen lernt der Patient erkennen, daß sein Kranksein befriedigende aber auch belastende Abhängigkeitsverhältnisse zwischen ihm und seiner pflegenden Umgebung mit sich bringen kann. Aufgrund dieser Einsicht bringt er eher Verständnis für die Notwendigkeit auf, daß die pflegerische Interaktion - zum Schutz von Patient und Pfleger - auf der Basis einer

normativen Ordnung festgelegt werden muß (Problem der Reaktion auf empfangene Hilfe (5)). Ziel der pflegenden Handeln-zu-Handeln-Beziehung ist eine Verbesserung der Handlungsfähigkeit des Patienten und eine möglichst lange Erhaltung seiner Selbstkompetenz.

Eine höchst anspruchsvolle Herausforderung bildet die Handeln-zu-Handeln-Beziehung zwischen dem Hausarzt und solchen Patienten, die bewußt ihr Lebensende und Sterben erleben. Hier kann die gegenseitige Verschränkung von ärztlicher Begleitung und patientenseitiger Verarbeitung in besonders eindrucksvoller Weise zum Ausdruck kommen.

Eigenschaften der hausärztlichen Betreuungsforn im Handeln-zu-Handeln

Die genannten Arten des Handelns-zu-Handeln von Patient und Arzt weisen nur den funktionalen Aspekt des gemeinsamen Handelns auf, sie bedürfen einer näheren Bestimmung durch Angabe von Eigenschaften, die dem Vorgang des gemeinsamen Handelns den charakteristischen hausärztlichen Ausdruck verleihen. Je nach der Art des Handelnsanlasses definieren die Handlungseigenschaften unterschiedliche Aspekte des Betreuungsverhaltens des Arztes und des Verhaltens des Patienten in seiner Krankenrolle; zugleich geben sie dem gemeinsamen Handeln-zu-Handeln eine konzeptionelle und richtungsweisende Bestimmung. Sie umgreifen sowohl die prognostischen Aspekte eines Krankheitszustands, als auch die kommunikativen und administrativen Konditionen der allgemeinen Lebenssituation; somit beschreiben sie die Entscheidungsfelder, in denen das Handeln-zu-Handeln auf die Lebensbedürfnisse des Patienten reagiert.

Je nach der Komplexität der Probleme, auf die das gemeinsame Handeln gerichtet ist, wird dieses gleichzeitig durch einzelne Eigenschaften

(z.B. chronische Krankheit: ganzheitlich, langfristig, koordinierend) oder durch alle zugleich näher bestimmt.

Es handelt sich um fünf Eigenschaften, die die Realisierung aller Handlungsarten in der hausärztlichen Praxis auf unterschiedliche Weise näher bestimmen:

1. ganzheitlich (Körper, Geist, Seele und wirkende Umwelt),
2. sowohl leichte als auch schwere Verlaufsformen betreffend,
3. langfristig (kontinuierlich oder diskontinuierlich),
4. integrierend (rückführend auf Normalverhältnisse oder-beziehungen) und koordinierend (alle Maßnahmen gegeneinander abstimmend),
5. umfassend dokumentierend (alle gesundheitlichen und gesundheitsbezogenen Daten betreffend).

Im allgemeinmedizinischen Unterricht wird das Wesen des hausärztlichen Handelns nicht vollständig dargestellt, wenn nur die Handlungsarten aus der Sicht des Arztes ohne gleichzeitige Berücksichtigung des Patientenhandelns im Sinne des hier dargestellten Handeln-zu-Handeln-Konzeptes gelehrt werden.

Literatur

1. Balint, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart 1976.
2. DEGAM: Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung und wissenschaftliche Arbeit in der Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Entschlüsseungen der Deutschen Gesellschaft für Allge-

meinmedizin 1979-1990.

3. Greenson, R.R.: Technik und Praxis der Psychoanalyse, Bd. 1, Stuttgart 1975.

4. Härter, G. (Hg.): Lehrstoffkatalog Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Neufassung, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1990, H. 24, H. 25, Beilage.

5. Heckhausen, H.: Motivation und Handeln, Berlin/Heidelberg/New York 1980.

6. Heller, G.: Die integrierende Funktion des Hausarztes, in: Der kranke Mensch. Gesundheitsgefährdung, Krankheitsbewältigung und Hilfe durch den Hausarzt, hrsg. v. H. Schaefer, E. Sturm, Berlin 1983.

7. Sturm, E.: Renaissance des Hausarztes, Berlin/Heidelberg/New York 1986.

8. Von Uexküll, J.: Theoretische Biologie, Frankfurt a.M. 1973.

9. Von Uexküll, Th.: Psychosomatische Medizin und das Problem einer Theorie der Heilkunde, in: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin, hrsg. v. Th. V. Uexküll, München/Wien/Baltimore 1981.

10. Von Uexküll, Th., Wesiak, W.: Theorie der Humanmedizin: Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns, München/Wien/Baltimore 1988.

11. Von Weizsäcker, V., Wyss, D.: Zwischen Medizin und Philosophie, Göttingen 1957.

12. Willke, H.: Systemtheorie, Stuttgart/New

York 1982.

PD Dr. med D. Dieckhoff
Arzt für Allgemeinmedizin
Lindenstr. 56 a
2400 Lübeck