

# 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 Hygienedemonstrationen sichtbarer 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.

Daraus resultieren folgende Kompetenzen:

- die interaktionelle Kompetenz, die Selbstbeobachtung und -reflexion einschließt,
- die Kompetenz, mit Unsicherheit umzugehen,
- und auch die Kompetenz, unterschiedliche Vorgehensweisen in ihrer möglichen Auswirkung Patienten nahezubringen (Risikokompetenz).

Wie können sich Ärzte befähigen und befähigt werden, *Beziehungen zu gestalten*, dysfunktionale zu vermeiden, auch langfristig zu begleiten und sich selbst vor Erschöpfung und Zynismus zu bewahren? Die Kompetenz zur Selbstbeobachtung ist dafür wesentlich. Hier greifen wir Aspekte des Lehrbuchs zur psychosomatischen Grundversorgung und das Konzept der Beziehungsmodi (Veit 2018) wieder auf.

Da-Sein, um wahrzunehmen, zu reflektieren und dann zu kommunizieren! Kommunikative Kompetenz ist ein wesentliches Standbein. Kommunikation wird in diesem Kapitel vor allem aus systemischer Sicht betrachtet, Ergänzungen erfolgen aus psychodynamischer und phänomenologischer Sicht (► Kap. 10). Die verbalen Interventionen werden zusammenfassend dargestellt, die der geschilderten Komplexität Rechnung tragen und Hilfe geben, Patientinnen und Patienten in einer Situation der Verunsicherung, die jede Krankheit darstellt, unter Berücksichtigung ihrer Lebenswelt zu begleiten. Der Schwerpunkt liegt hier auf dem Gespräch und der Sprache. Forschungsergebnisse zur Gesprächsführung werden berücksichtigt.

Ebenfalls sind Strukturen der Praxisorganisation notwendig, um den hausärztlichen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Strukturen sind derzeit im Wandel. Bereits jetzt und noch mehr in der Zukunft wird das gesamte Behandlerteam, zu dem die medizinischen Fachangestellten und weitere Berufsgruppen gehören werden, die wesentliche Rolle primärmedizinischer Versorgung spielen. Die klassische, hierarchische Arbeitsteilung ist dafür nicht die Lösung. Deshalb stellt sich jetzt die Aufgabe, die Praxis als eine lernende Organisation zu gestalten, die team- und netzwerkorientiert ist.

In sieben Thesen wird am Ende die Hausarztpraxis der Zukunft skizziert. Welcher strukturelle Wandel steht uns möglicherweise bevor? Wird es den Hausarzt der Zukunft überhaupt noch geben? Oder lassen wir unsere Tätigkeit reduzieren, in einzelne Teile fragmentieren und ermöglichen damit unseren teilweisen Ersatz?

Wir hoffen darauf, dass eine humanistische, beziehungsorientierte und den Kontext berücksichtigende Sichtweise Bestand haben wird.

## 2 Komplexitätsvariable: Multimorbidität

### 2.1 Die Zahl chronisch Kranker nimmt zu

#### Patient mit multiplen chronischen Krankheiten und Adipositas

Der 45-jährige Patient Herr Z. ist extrem übergewichtig mit einem BMI deutlich über  $40 \text{ kg/m}^2$ . Er leidet unter Gelenkbeschwerden und Schlafproblemen. Als Folgeerkrankungen bestehen bereits ein Diabetes mellitus, arterieller Hypertonus, koronare Herzkrankheit KHK und ein Schlaf-Apnoe-Syndrom. Chronische Schmerzen unterstützen seinen mangelnden Antrieb zur Bewegung und vermehren in einem Teufelskreis das Übergewicht.

Herr Z. ist arbeitslos. Eigentlich ist er gelernter Bergmann, wegen des Übergewichts (er kann sich kaum die Schuhe zubinden) konnte er seinen Beruf nicht mehr ausüben. Die soziale Ablehnung, die übergewichtige Menschen erfahren, ließ ihn schon vor Jahren keine Arbeit finden. Zwischenzeitlich hat er einen Kiosk aufgemacht. Zeitweilig übermäßiger Alkoholgenuß und Schulden förderten seine soziale Deprivation. Seine Essgewohnheiten werden von Armut beeinflusst: Als Nahrungsmittel werden industrielle Billigprodukte verwendet, die hastig und unachtsam verzehrt werden. Außerdem unterstützt Armut den sozialen Rückzug. Weil passende Kleidung kaum finanzierbar ist, traut er sich nirgendwo hin. Der Arztbesuch ist schon aus diesem Grund für ihn beschämend. So taucht er im »Blaumann« in der Arztpraxis auf.

Er schildert, dass er in seinem Elternhaus gezwungen wurde, den Teller, den der Vater ihm schöpfte, immer leer zu essen, auch wenn es »dicke Bohnen« gab, die er nicht mochte. Dieses Verhalten hat er sein Leben lang beibehalten. Die Essensszene am Mittagstisch ist nur eine von vielen quälenden Taten des Vaters. Der Patient erfuhr körperliche Gewalt und sexuellen Missbrauch in der frühen Kinderzeit. Die Mutter war nicht in der Lage, ihn zu schützen. Der Vater selbst war durch frühe Deprivation im Waisenhaus und durch kriegstraumatische Erlebnisse in der Adoleszenz polytraumatisiert.

Sozialpsychiatrische Interventionen, medikamentöse Behandlung, kontinuierliche Unterstützung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung durch den Hausarzt und eine spätere, bariatrische Operation mit anhaltender Gewichtsabnahme von 50 kg halfen ihm, sich zu stabilisieren.

Eigentlich müsste Herr Z. mehr als sechs Medikamente einnehmen, zusätzlich fünf Gebietsärzte aufsuchen und an zwei, demnächst drei Disease-Management-Programmen (DMPs) teilnehmen.

Herr Z. ist einer von derzeit 5–7 Mio. Menschen, die an Diabetes mellitus Typ 2 leiden. Nach dem Robert Koch-Institut (RKI) beträgt die Prävalenz 2020 aller Diabetes-Erkrankungen bei den gesetzlich Versicherten 9,4 % (Frauen) bzw. 10,1 % (Männer) ([www.diabsurv.rki.de](http://www.diabsurv.rki.de)). In 15 Jahren wird sich ihre Zahl um eine Mio. Menschen erhöhen. In diese Zahlen fließt auch ein, dass die Schwellenwerte verändert wurden und zumindest in den USA allein durch diese Veränderung eine Mio. mehr Menschen als Diabetiker betrachtet werden. Dies ist die Prognose trotz hoher Kosten, die für Disease-Management-Programme (DMP), hauptsächlich für das DMP Diabetes mellitus Typ 2, aufgewendet wurden (2009 in Deutschland circa 1,1 Mrd. Euro).

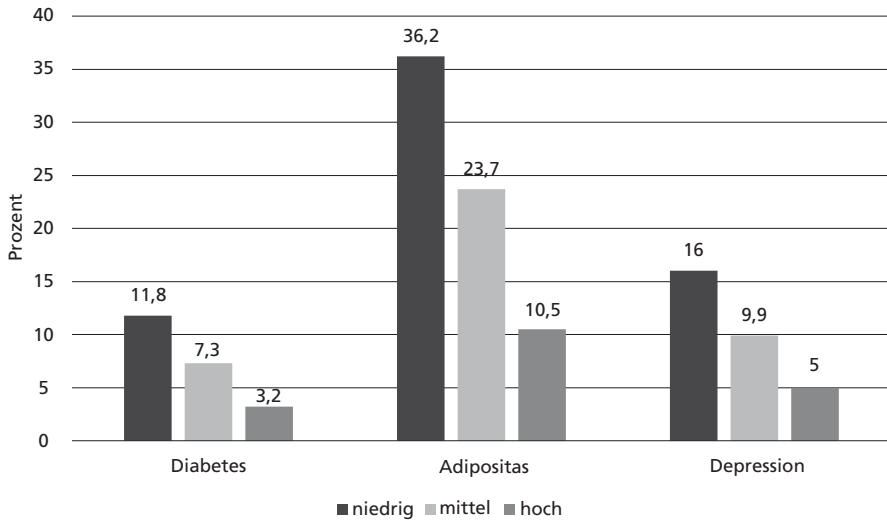
Die Zunahme chronisch Kranker und der Zusammenhang mit der Alterung der Gesellschaft ist belegt. Bis 2050 wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen fast verdoppeln. Bereits jetzt sind die meisten Menschen, die einen Hausarzt aufsuchen, chronisch krank. Geschätzt sind mindestens zwei Drittel aller über 60-jährigen Patienten in Hausarztpraxen multimorbid erkrankt.

Die Definition von Multimorbidität ist nicht eindeutig. Wenn drei chronische Erkrankungen oder mehr bei einem Kranken vorliegen, wird hier von Multimorbidität gesprochen. Die Morbidität definierter chronischer Krankheiten, auch definierter psychischer Krankheiten, wächst. Die Ursachen von Multimorbidität lassen sich nur komplex verstehen.

Chronische Krankheiten nehmen auch zu, weil soziale Ungleichheit und prekäre Lebensverhältnisse zunehmen. Personen mit niedrigem Einkommen haben ein 2- bis 3-fach erhöhtes Risiko für chronische Krankheiten wie Schlaganfall, Herzinfarkt, Lungen- und Magenkrebs und Diabetes sowie degenerative Muskel- und Gelenkerkrankungen (Lampert et al. 2018 und Heidemann 2019). Und hier nehmen die Unterschiede noch zu. Die Zunahme chronischer Krankheiten bei Männern ist auf ihren Anstieg in der unteren Einkommensschicht zurückzuführen; bei Frauen steigt der Unterschied zwischen Arm und Reich an, weil die Frauen der höheren Einkommensschicht weniger chronische Krankheiten entwickeln (Hoebel et al. 2018; ► Abb. 2.1). Die Arztdichte in einer Region als Maßstab für die Güte der Versorgung ist nicht relevant für die Lebenserwartung, auch die Bevölkerungsdichte nicht. Ausschlaggebend sind Armut oder Reichtum, wie eine Untersuchung der Lebenserwartung nach Landkreisen in Deutschland 2020 bewies (Rau 2020).

Die Prävalenz chronisch *psychischer* Erkrankungen wird häufig unterschätzt. Nach der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland des Robert Koch-Instituts leiden allein ein Drittel aller Männer und ein Viertel aller Frauen über 60 Jahren an Schlafstörungen. 40 % chronisch somatisch Kranke entwickeln im Laufe ihres Lebens eine Depression oder andere psychische Erkrankungen (Kruse und Herzog 2013). Mehr noch, die Depression ist auch ein Risikofaktor für erhöhte Mortalität (Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression: [www.depression.versorgungsleitlinien.de](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de)). Menschen mit einer koronaren Herzkrankheit





**Abb. 2.1:** Lebenszeitprävalenz von Diabetes mellitus, Adipositas und depressiver Symptome bei Frauen in Abhängigkeit vom Einkommen

Die Datenbasis wird durch die »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS1 [www.rki.de](http://www.rki.de)) gebildet, die das Robert Koch-Institut im Zeitraum von 2008 bis 2011 durchgeführt hat (n=8152). Die Daten sind für die Gesamtbevölkerung repräsentativ. Die Ergebnisse bei Männern sind ähnlich wie die hier abgebildeten bei Frauen (n: 4106 Diabetes mellitus und n: 3648 Adipositas). Die Untersuchung umfasste Befragungen, Untersuchungen und Tests. Die Daten zur depressiven Symptomatik werden von der Studie Gesundheit in Deutschland GEDA-2014/2015 unterstützt. Hier wurde nicht das Einkommen, sondern der Bildungsstatus bei 12900 Frauen erhoben. Die Erhebung der depressiven Symptome erfolgte in schriftlicher Befragung (PHQ-9)<sup>1</sup>.

und einer gleichzeitig bestehenden schweren Depression haben ein vielfach erhöhtes Risiko, an einem Herzinfarkt zu versterben. Mangelnde soziale Unterstützung mag ein Aspekt des gesamten Bedingungsgefüges sein.

Das medizinische Versorgungssystem kann besser auf akute Erkrankungen als auf Chronifizierung reagieren. Unsere bisherige Antwort auf die Zunahme chronischer Krankheiten ist die Einführung von Disease-Management-Programmen (DMPs). 2019 hatten sich über vier Mio. Patienten in das DMP Diabetes eingeschrieben. In bisherigen Untersuchungen sind die Effekte eher zurückhaltend bewertet und unsicher. Mortalität und die Prävalenz mikrovaskulärer Komplikationen sind gesunken (mehr Fußuntersuchungen bei den unteren Bildungsschichten), mehr Menschen erreichen einen Zielwert von < 8,5 HBA1c, keine Verbesserungen wurden für Lebensqualität und ökonomische Faktoren nachgewiesen (Robert Koch-Institut 2019, Hagen 2019, Adrion 2016). Doch das Risiko, in den nächsten fünf Jah-

1 [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM\\_03\\_2017\\_Praevalenz\\_Depressive\\_Symptomatik.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_03_2017_Praevalenz_Depressive_Symptomatik.pdf?__blob=publicationFile)

ren einen Diabetes zu *bekommen*, hat nur für die hohen Bildungsschichten abgenommen (Heidemann 2019).<sup>2</sup>

Demgegenüber belegen Untersuchungen, dass eine emphatische Patient-Arzt-Beziehung Langzeitkomplikationen des Diabetes mellitus reduzieren hilft (Del Canale 2012); ein Argument dafür, gesundheitspolitisch Hausärzten *Raum für beziehungsmedizinisches Handeln* zu lassen.

Hausärzte stehen vor dem Dilemma, dass sie den gesellschaftlichen Entwicklungen, die chronische Krankheiten hervorrufen, mit ihren Mitteln kaum begegnen können. Wir wissen, dass angesichts von Armut, Arbeitslosigkeit, Einsamkeit und einer global agierenden Nahrungsmittelindustrie individuelle Aufklärung und Motivation nur ein Tropfen auf den heißen Stein sind. Dennoch machen wir uns an die tagtägliche Arbeit. Es gibt auch Erfolge wie z. B. den Rückgang der Sterblichkeit an der koronaren Herzkrankheit und des Dickdarmkarzinoms durch Prävention, und insgesamt sind ältere Menschen gesünder als vor 30 Jahren.

Manche Hausärzte möchten Komplexität vereinfachen. Sie könnten der Gefahr erliegen, chronische Krankheiten als ausschließlich individuelles Problem des einzelnen Patienten zu betrachten, das sich besser lösen ließe, wenn der Patient ärztlichen Anweisungen folgen würde: »Iss weniger und bewege Dich mehr!« Deshalb sei schon an dieser Stelle und ausführlich im Kapitel 5 auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen chronischer Krankheiten hingewiesen (► Kap. 5).

## 2.2 Arbeitslosigkeit, Armut und Einsamkeit machen krank

Wohlstand in Deutschland wirkt sich nicht für alle gleich aus. Arbeitslosigkeit verdoppelt das erwartbare Sterberisiko. Die 14 % der Männer, die zur untersten Einkommens- und Bildungsschicht in Deutschland gehören, haben ein 8-faches Sterberisiko gegenüber der höchsten Einkommensschicht (Grigoriev 2019) und ein Drittel von ihnen wird keine 65 Jahre alt (Lampert 2019). Der Unterschied in der Lebenserwartung beim Vergleich von Personen mit niedrigem und hohem Einkommen in einem der wohlhabendsten Länder der Welt ist bedrückend (► Kap. 5). Besonders bemerkenswert sind Hinweise, dass sich der Unterschied der Lebenserwartung vergrößert hat. Ein Beleg ist dafür der Vergleich jüngerer Geburtsjahrgänge (Nachkriegsjahrgänge) mit weiter zurückliegenden Geburtsjahrgängen (Vorkriegsjahrgänge) (Haan 2019). *Gesundheitliche Ungleichheit ist ein Tatbestand.*

---

2 [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads/JoHM\\_02\\_2019\\_Neue\\_Ergebnisse\\_Diabetes\\_Surveillance.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads/JoHM_02_2019_Neue_Ergebnisse_Diabetes_Surveillance.pdf?__blob=publicationFile)