

3 x 7 Heidelberger Thesen zur Entwicklung einer umfassenden Konzeption der ärztlichen Primärversorgung der Bevölkerung

Egbert Nüssel, Reginald Scheidt, Helmut Bergdolt, Franz-Josef Grosse-Ruyken, Wolfgang Scheuermann, Wolfgang Morgenstern

Klinikum der Ruprecht-Karls-Universität – Ludolph-Krehl-Klinik, Heidelberg

Die heutige Medizin kennt keine allgemeine Systematik; vielleicht kann es diese angesichts der schnellen Weiterentwicklung der medizinischen Forschung und der parallel damit anwachsenden Komplexität auch gar nicht geben. In diesem Papier wird dennoch der Versuch unternommen, für einen Teilbereich der Medizin, für die ärztliche Primärversorgung der Bevölkerung, am Beispiel der kardiologischen Prävention, eine längerfristig gültige Konzeption zu entwickeln und vorzustellen. Solche allgemeinen Konzeptionen erwecken oft den Eindruck, umfassender zu sein, als sie gemeint sind. Niemand wird heute, wie noch vor 200 Jahren der «hochfürstliche Speierische Geheimerath und Leibarzt» Dr. Johann Peter Frank, ein «System einer vollständigen medicinischen Polizey» (Mannheim, 1784) verfassen, keiner wird der Medizin noch ohne weiteres den Rang zugestehen wie Virchow, der 1849 schrieb: «...Wenn die Medizin die Wissenschaft von dem gesunden und kranken Menschen ist, was sie doch sein soll, welche andere Wissenschaft könnte mehr berufen sein, in die Gesetzgebung einzutreten, um jene Gesetze, welche in der Natur des Menschen schon gegeben sind, als die Grundlagen der gesellschaftlichen Ordnung geltend zu machen.» Die Medizin wirkt unzweifelhaft in viele soziale Bereiche hinein; manch einer wird aber die Medikalisierung seines ureigenen Lebensbereichs nicht als Fortschritt, sondern geradezu als Bedrohung empfinden. Es ist den Autoren bewusst, dass einige der im folgenden erläuterten Thesen Kritik und Widerspruch auslösen werden. Dies ist intendiert. Die Thesen sollen zu einer Diskussion herausfordern. Sie sind aber abgeleitet aus langjährigen klinischen Erfahrungen, aus einer mittlerweile zwei Jahrzehnte umspannenden Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, aus der engen Kooperation mit verschiedenen Rehabilitationskliniken in mehreren Projekten und, nicht zuletzt, aus dem kontinuierlichen Dialog mit der Bevölkerung. Die Thesen fassen also auf empirisch gewonnenen Erfahrungen. Einige stellen eine direkte Projektion dieser Erfahrung dar.

Kardiologische Prävention, also der Versuch, kardiologische Erkrankungen zu verhüten, wird dann erfolgreich sein, wenn sie dazu verhilft, gesund ein hohes Alter zu erreichen und gleichzeitig zur Verwirklichung individueller Vorstellungen von Lebensqualität beiträgt. Die «3 x 7 Heidelberger Thesen» haben ihren Zweck erfüllt, wenn sie einen Schritt auf dieses Ziel

hin markieren. Jeweils sieben Thesen befassen sich mit der Konzeption der ärztlichen Primärversorgung, mit Trends der Forschung und mit der Einbeziehung der Rehabilitation.

Konzept der ärztlichen Primärversorgung

Die Organisation der ärztlichen Primärversorgung muss einerseits wissenschaftlichen und ethischen Grundsätzen und andererseits den modernen Entwicklungen der Gesellschaft Genüge leisten. Die ersten sieben Thesen versuchen, dieser Forderung zu entsprechen. Sie enthalten einige Begriffsdefinitionen, deren Kenntnis bei den folgenden 14 Thesen vorausgesetzt wird.

1. Die individuelle Sprechstundenbetreuung bedarf der Ergänzung durch Gruppenangebote und durch ärztliche Aktivitäten auf Gemeindeebene.

Erläuterung:

Übergewichtige Patienten mit Typ-II-Diabetes werden in der Praxis mit Sulfonylharnstoff-Derivaten behandelt, bei Vorliegen hypertoner Blutdruckwerte werden verschiedenartigste Antihypertensiva verschrieben, bei erhöhten Harnsäurewerten Urikosurika bzw. Urikostatika usw., obwohl häufig eine Gewichtsreduktion allein, ohne Medikamente, in allen drei Fällen wirksam gewesen wäre. Diese ist in der Individualsprechstunde aber nur selten dauerhaft erreichbar. Gruppentherapieformen, von denen einige schon seit vielen Jahren erprobt sind (z. B. Herzgruppen nach dem Hamburger Modell, «Hypertonie im Gespräch»-Gruppen etc.), stellen für viele Patienten eine effektivere und effizientere Alternative dar. Ärztliche Aktivitäten im Gemeinderahmen können dazu beitragen (wie z. B. die Eberbach/Wiesloch-Studie ausweist), den Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung positiv zu beeinflussen [1]. Die ärztliche Primärversorgung ist demnach in drei Ebenen einzuteilen:

1. Ebene: Individuelle Sprechstundenbetreuung (mit dem Arzt-Patienten-Gespräch)
2. Ebene: Betreuung von Patientengruppen (praxenübergreifend oder praxisintern gebildet)
3. Ebene: Aktivitäten der niedergelassenen Ärzte im Gemeinderahmen (von niedergelassenen Ärzten geleitete oder verantwortete ehrenamtliche Nächstenhilfe der Bürger).

Bundesweit und speziell innerhalb des WHO-Aktions-

programms CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention) in Baden-Württemberg («7 gegen 7») werden die niedergelassenen Ärzte in Einzel- und Gruppengesprächstechniken fortgebildet [2]. Mehrere Modelle der Gruppenbehandlung sind bereits weit verbreitet. Auf der dritten Ebene sollen möglichst rasch in allen Gemeinden und Stadtteilen von Grosstädten der Bundesrepublik Deutschland Arbeitsgemeinschaften für kommunale Gesundheitsvorsorge (Terminus technicus aus der Eberbach/Wiesloch-Studie) aufgebaut werden.

Man umgeht begriffliche Schwierigkeiten, wenn man «Patient» folgendermassen definiert:

Patient ist, wer ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt.

Nach dieser Definition braucht ein Patient also nicht krank zu sein, wie dies im allgemeinen Bewusstsein noch fest verankert ist, wenngleich es sehr oft mit den Tatsachen gar nicht übereinstimmt. Wer sich z. B. vor einer Auslandsreise vom Arzt impfen lässt, ist ja keineswegs krank, er möchte nur einer Erkrankung vorbeugen. Genauso wenig krank muss sein, wer in einer ärztlich geleiteten Gruppe dem Wiederauftreten von Übergewicht entgegentritt oder an einem der zahlreich gewordenen «Patientenseminare» teilnimmt, das in seinem Wohnort öffentlich angekündigt wurde. Die Definition gilt also, unabhängig von der jeweiligen Zielvorstellung, für alle drei Ebenen der ärztlichen Primärversorgung.

2. Die Tätigkeiten der ärztlichen Primärversorgung sollen innerhalb und zwischen den drei Ebenen wechselseitig miteinander zu einer funktionalen Einheit verbunden werden.

Erläuterung:

Im Rahmen der Sprechstundenbetreuung soll geprüft werden, ob und welche Angebote auf der zweiten und dritten Ebene der ärztlichen Primärversorgung von Patienten wahrgenommen werden könnten bzw. sollten, und wie sich derartige Angebote auf den Patienten ausgewirkt haben. Dies setzt voraus, dass die Ärzte, die in einem bestimmten Bevölkerungsareal für die ärztliche Primärversorgung zuständig sind, auf allen drei Ebenen ein bedarfsdeckendes Angebot miteinander absprechen und durchführen.

Die Ergebnisse der Eberbach/Wiesloch-Studie [1] machen deutlich, dass die Effektivität von Massnahmen auf der ersten und zweiten Ebene der ärztlichen Primärversorgung durch Aktivitäten auf der dritten Ebene gesteigert werden konnte. Eine wechselseitige Effektivitäts- und Effizienzsteigerung bei einer Vernetzung aller drei Ebenen untereinander ist zu erwarten.

3. Zur ärztlichen Behandlung gehören – auf allen drei Ebenen der ärztlichen Primärversorgung – Diagnostik und Therapie.

Erläuterung:

Gelegentlich wird unter «Behandlung» nur das Therapieren im engeren Sinne verstanden. Die Therapie

setzt aber eine Diagnostik voraus und wird aus ihr abgeleitet. Eine vollständige ärztliche Behandlung kann also nicht lediglich aus der Therapie bestehen; die Diagnostik ist vielmehr zwingend eingeschlossen. Dies schliesst nicht aus, dass es durchaus notwendig werden kann, eine Therapie vor Abschluss der Diagnostik einzuleiten. Solche Fälle sind im Gegenteil häufig. (Manchmal kann danach eine Diagnose «ex juvantibus» getroffen werden.) Ein solches Vorgehen stellt aber die Notwendigkeit der Diagnostik nicht in Frage. Diese Einheit von Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Behandlung gilt nun – im Rahmen der ärztlichen Primärversorgung – nicht nur für deren erste Ebene, sondern genauso auf der zweiten und dritten Ebene. Zum Beispiel wäre es verfehlt, aufwendige Aktionen zur Senkung des Cholesterinspiegels einzuleiten, wenn in der therapierten Gruppe oder Gemeinde eine Hypercholesterinämie praktisch unbekannt wäre.

4. Kernziele der Medizin – für alle drei Ebenen der ärztlichen Primärversorgung – sind Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation.

Erläuterung:

Im antiken Griechenland hatte der Arzt als Wahrer einer umfassenden Diätetik eine medizinische «Gleichgewichtspolitik» zu betreiben, hatte Lotse für die gefährliche Fahrt des Lebensschiffleins zu sein, es im Falle des Scheiterns wieder zurechtzuzimmern und in das richtige Fahrwasser zurückzuleiten. Dieses Bild zeigt schon sehr klar, wie «klassisch» die oben angegebenen Kernziele sind; ähnliches galt ja im Ursinne auch bereits für die Medizin im alten Mesopotamien und in Ägypten, wobei lediglich die Schwerpunktsetzungen sich jeweils ein wenig verschoben haben. Die Einheit dieser Zielvorstellungen charakterisiert geradezu die Medizin [3]. Einzelziele herauszulösen, kollidiert mit einem umfassenden Verständnis der Aufgaben des Arztes. Ansätze, z. B. die Kuration überwiegend der ersten Ebene der ärztlichen Primärversorgung zuzuordnen und etwa die Prävention der dritten Ebene, erweisen sich immer mehr als defizitär, fragmentarisch und unbefriedigend. Zur Verdeutlichung nur ein Beispiel: Wenn man die Grenze zur Hypercholesterinämie einmal bei 200 mg/dl, ein anderes Mal bei 300 mg/dl ansetzt, muss man in einem Fall einen grossen Teil der Bevölkerung rein unter präventiven Gesichtspunkten behandeln, im anderen unter kurativen; ein «Präventivarzt», gäbe es einen solchen, müsste dann seinen Platz räumen.

5. Auf der dritten Ebene der ärztlichen Primärversorgung sollen – entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip – öffentliche Mittel nur äusserst zurückhaltend eingesetzt werden. Grundlage dauerhafter Aktivitäten ist die ehrenamtliche Nächstenhilfe.

Erläuterung:

Auf der dritten Ebene der ärztlichen Primärversorgung sind alle bürgerschaftlichen Gruppierungen der

Bevölkerung aufgerufen, in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten für das gesundheitliche Wohl ihrer Mitbürger einzutreten. Die Bereitschaft, diese Nächstenhilfe ehrenamtlich zu leisten, ist erfahrungsgemäss gross und weit verbreitet. Ehrenamtlichkeit fördert eine «natürliche Evaluation», denn was sich nicht bewährt, wird sehr rasch modifiziert oder verworfen. Umgekehrt wird auch ein Nutzer eines Angebotes, für das er selbst zu zahlen hat, mehr darauf achten, dass er «auf seine Kosten kommt». Gelder der öffentlichen Hand können zerstörerisch auf die Kreativität und Effektivität wirken.

6. Auf allen drei Ebenen der ärztlichen Primärversorgung muss eine echte Qualitätssicherung folgen.

Erläuterung:

Qualitätssicherung bezieht sich sowohl auf Massnahmen an sich als auch auf die Qualität ihrer Durchführung. Für die zweite und dritte Ebene der ärztlichen Primärversorgung finden sich geeignete Methoden der Qualitätssicherung erst in der Entwicklung, müssen aber genauso selbstverständlich werden wie auf der ersten Ebene.

7. Sämtliche Massnahmen auf allen drei Ebenen der ärztlichen Primärversorgung müssen ärztlich verantwortet bzw. mitverantwortet werden.

Erläuterung:

Dass ein Arzt für die Behandlung seiner Patienten in der Sprechstunde oder in der Herzgruppe verantwortlich ist, ist selbstverständlich. Auf der dritten Ebene, z. B. bei Aktionen wie «Eberbach radelt um die Welt», stellt die ärztliche Verantwortlichkeit vor allem deshalb ein grösseres Problem dar, weil für solche Massnahmen und ihre Durchführung geeignete Methoden der Qualitätssicherung sich erst in der Entwicklung befinden (These 6).

Trends in der ärztlichen Primärversorgung

Die ärztliche Primärversorgung wird einen zunehmenden und schliesslich bestimmenden Einfluss auf die Entwicklung in der Medizin nehmen. Dies wird durch folgende sieben Thesen begründet:

1. Die Erforschung von Ursachen und Gefährdungen der Gesundheit wird intensiviert.

Erläuterung:

Unter vergleichbaren Lebensbedingungen bleiben Menschen mehr oder weniger lange gesund. Eine Erforschung dieser Umstände wird zu einer qualitativen Aufgliederung des bisher unscharfen Begriffs «Gesundheit» führen. Schliesst man heute an die Aussage «Ich bin krank» automatisch die Frage an: «Welche Krankheit hast Du?», kann in Zukunft die Aussage «Ich bin gesund» zu der Frage führen: «Welche Gesundheit hast Du?».

2. Die Forschung wird sich verstärkt mit Krankheitsdi-

spositionen und mit frühesten Phasen der Ätiopathogenese befassen.

Erläuterung:

Die Kenntnis äusserst früher Zeichen eines Krankheitsbeginns wird wahrscheinlich hochkomplexe und fließende Übergänge von der Gesundheit bzw. von der Krankheitsdisposition bis zum Beginn einer Krankheit aufzeigen.

3. Man wird vermehrt Methoden erforschen, die in früheste Phasen der Krankheitsentstehung bzw. gegen eine Krankheitsdisposition steuernd eingreifen.

Erläuterung:

Ähnliches gilt schon heute für die diätetische Behandlung angeborener Stoffwechselstörungen oder z. B. bei der Substitution fehlender Enzyme oder Hormone. Die Forschung wird hier zu einer wesentlichen Verfeinerung bei biologisch-chemischen als auch bei physikalischen Methoden führen.

4. Es wird zu einem erheblichen Ausbau der Forschung im Rahmen der ärztlichen Primärversorgung der Bevölkerung kommen.

Erläuterung:

Untersuchungen an Klinikpatienten lassen sich nur höchst eingeschränkt auf die Allgemeinbevölkerung übertragen; z. B. sind Koinzidenzen in der Klinik kaum zu untersuchen (Berkson-Fallacy). Die Aufklärung früher Phasen in der Ätiopathogenese insbesondere der Zivilisationskrankheiten muss deshalb zunehmend an «gesunden», für die Normalbevölkerung repräsentativen Zielgruppen erfolgen. Diese Zielgruppen stehen in der ärztlichen Betreuung der freien Arztpraxis. Daher sind die niedergelassenen Ärzte aufgefordert, diese Forschungsaktivitäten gegenüber der Bevölkerung ärztlich zu verantworten und zusätzlich eigene wissenschaftliche Aktivitäten in Zusammenarbeit mit den entsprechenden wissenschaftlichen Institutionen zu entfalten. Während der letzten 18 Jahre wurden im Heidelberger Raum mehrere Bevölkerungsstudien der WHO auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Krankheiten in partnerschaftlicher Zusammenarbeit von Universität, niedergelassener Ärzteschaft und Pharmaindustrie durchgeführt. Ein koordiniertes Vorgehen unter besonderer Betonung der Rolle des niedergelassenen Arztes führte dabei zu Beteiligungen von weit über 90% [1].

5. Um die neuen Aufgaben der ärztlichen Primärversorgung der Bevölkerung bewältigen zu können, ist ein bundesweit praktiziertes synergistisches System aufzubauen.

Erläuterung:

Die neuen Aufgaben der ärztlichen Primärversorgung der Bevölkerung können nur synergistisch geleistet werden. Erst das pluralistische Zusammenwirken aller

Gruppierungen unserer Gesellschaft wird in bezug auf die Zivilisationskrankheiten die vier klassischen Zielvorstellungen der Medizin erreichbar machen. Niemand will eine Schilderwald-, eine Verbots- oder eine Indoktrinationsmedizin! Allseits erwünscht ist eine Angebotsmedizin, deren Vielfalt jeden eine Hilfe finden lässt, wenn er der Versuchung zum risikoreichen Leben ausweichen oder eine gesundheitsfördernde Lebensweise noch weiter bereichern möchte. Ein synergistisches Vorgehen fordert, dass verschiedene Institutionen unter Wahrung ihrer Eigeninteressen aufeinander abgestimmte, den ärztlichen Zielvorstellungen dienende Aktivitäten entfalten.

6. Die Einrichtungen zur stationären Betreuung von Patienten werden zukünftig nicht nur Kranke, sondern auch Gesunde einbeziehen.

Erläuterung:

Schon heute ist keineswegs jeder Krankenhauspatient im herkömmlichen Verständnis tatsächlich krank. In der pädiatrischen und allgemeinen Endokrinologie werden aufwendige Tests, die höhere Anforderungen an eine Standardisierung stellen, unter stationären Bedingungen durchgeführt. Solche Untersuchungen tragen zu einer Verschiebung von einer «Endstadien-» in eine «Vorstadienmedizin» bei. Das Krankenhaus wird zum Patientenhaus.

7. Um nicht nur gesund ein hohes Alter zu erreichen, sondern um dann auch ein lebenswertes Leben führen zu können, müssen bereits jetzt Modelle entwickelt werden.

Erläuterung:

Erfolgreiche Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation steigern die Lebenserwartung und erhöhen die Dauer erhaltener körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit. Auf der anderen Seite wird die Lebensarbeitsdauer in der Bundesrepublik Deutschland stetig kürzer; von den 60- bis 65jährigen geht noch jeder 5. einer irgendwie gearteten Erwerbstätigkeit nach, von den über 65jährigen jeder 30. [4]. Damit verändern sich die Erwartungen, die diese «rüstigen Rentner» mit ihrem Leben verknüpfen wie auch die Erwartungen, die die Jüngeren an sie stellen werden. Hier werfen sich für die Gesellschaft insgesamt dringend einer Lösung harrende Fragen auf, die z. B. mit der Sinnggebung des Lebens in Zusammenhang stehen.

Rehabilitation in der ärztlichen Primärversorgung

Die Rehabilitation kann innerhalb der ärztlichen Primärversorgung stärker als bisher mit den drei übrigen klassischen Zielvorstellungen der Medizin verknüpft werden. Hierzu können von den in der Bundesrepublik Deutschland aufgebauten Rehabilitationskliniken wichtige Hilfeleistungen erbracht werden. Die abschliessenden 7 Thesen gehen von folgender Defi-

nition des Begriffs «Rehabilitation» aus: Rehabilitation ist das Bestreben, das durch einen Prozess oder ein Ereignis dauerhaft eingeschränkte Potential eigener Fähigkeiten unter definierten Zielvorgaben optimal auszunutzen. Mit dem Begriff «Rehabilitation» wird nicht nur das Ziel, sondern auch der Weg zu diesem Ziel umschrieben.

1. Die Rehabilitation hilft auch bei nicht krankheitsbedingten Leistungseinbussen.

Erläuterung:

Bisher werden, zumindest in den Rehabilitationskliniken, vor allem nur die Patienten betreut, die aufgrund einer Krankheit Fähigkeiten eingebüsst haben. Wenn dagegen offen bleibt, warum eine Fähigkeit verlorengegangen ist, dann können auch Gesunde Aufnahme in den Rehakliniken finden, z. B. der, der durch eine sitzende Tätigkeit und Bewegungsmangel die Fähigkeit zur Ausübung bestimmter körperlicher Aktivitäten verloren hat, diese aber wieder aufzunehmen wünscht. Solche und ähnliche Fähigkeiten fördern nicht nur die Gesundheit und beugen nicht nur Krankheiten vor, sie machen auch das Leben lebenswerter, und es ist deshalb durchaus denkbar, dass schliesslich mehr Gesunde als Kranke Rehakliniken aufsuchen, wodurch mit der Gründung von «Präventionskliniken» zurückhaltender verfahren werden könnte.

2. Die Rehabilitationskliniken sollen eine Vorbildfunktion in der Qualitätssicherung von Behandlungsmassnahmen übernehmen.

Erläuterung:

In den Rehabilitationskliniken kann jährlich eine Zufallsstichprobe aus allen behandelten Patienten gezogen werden, an der überprüft wird, in welchem Ausmass die vier klassischen Zielvorstellungen der Medizin im Berichtsjahr erreicht wurden. Von den Rehaklinikern darf erwartet werden, dass sie besonders günstige Voraussetzungen haben, um geeignete Kriterien der Qualitätssicherung zu entwickeln. Ganz besonders gilt dies für die Qualitätssicherung verhaltensmedizinischer Massnahmen. Rehakliniker sind mit Sicherheit auch in der Lage, solche Methoden der Qualitätssicherung zu entwickeln, die dann auch in der freien Arztpraxis anwendbar sind, so dass zwischen Klinik und freier Praxis ein Kontinuum der Qualitätssicherung hergestellt werden kann.

3. An Rehabilitationskliniken bewährte Massnahmen können auch unter den Zielvorstellungen der Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration – und dies auch ausserhalb der Rehakliniken – eingesetzt werden.

Erläuterung:

In den Rehabilitationskliniken liegen eine Vielzahl von Erfahrungen aus der Verhaltensmedizin vor. Auf-

grund dieser Erfahrungen kann dort eine Auswahl von Massnahmen getroffen werden, die z. B. in die freie Arztpraxis oder allgemein in eine Gemeinde übertragbar sind. Diese Auswahl könnte durch eine wechselseitige Rückkopplung kontinuierlich verbessert bzw. adaptiert werden.

4. In den Rehabilitationskliniken können Tests entwickelt und durchgeführt werden, nach deren Ergebnissen man spezifische verhaltensmedizinische Massnahmen dem einzelnen Patienten mehr oder weniger empfehlen kann.

Erläuterung:

Es gibt z. B. Patienten, die ausgesprochen ungeeignet für eine Gruppentherapie sind oder für die nur ganz bestimmte Gruppenangebote in Frage kommen. Tests, mit denen man solches herausfindet, könnten eine sinnvolle Ressourcennutzung erleichtern und verhindern helfen, dass der einzelne unnötig negative Erfahrungen sammelt.

5. Die Rehabilitationskliniken könnten Empfehlungen aussprechen, welche Patienten als «ehrenamtliche Nächsthelfer» und «Multiplikatoren» auf der dritten Ebene der ärztlichen Primärversorgung fähig, willens und geeignet sind.

Erläuterung:

Ist ein Patient in der Lage, Vorträge zu halten? Ist er begabt in der Führung von Gruppengesprächen oder hat er besondere organisatorische Interessen oder Talente, die in der gemeindeorientierten Verhaltensmedizin eingesetzt werden könnten? Da die Patienten in den Rehakliniken mit verhaltensmedizinischen Massnahmen nicht nur theoretisch konfrontiert werden, sondern damit auch praktische Erfahrungen sammeln können, sind viele von ihnen sicher als Multiplikatoren geeignet.

6. In der Verhaltensmedizin könnten die Rehabilitationskliniken jene Komponenten verstärken, die unter dem Arbeitstitel «humanitärer Horizont» zusammengefasst werden.

Erläuterung:

Zur Verhaltensmedizin gehört u. a. ein Ansatz, der unter medizinisch definierten Zielvorstellungen dazu motivieren soll, über die Sinngebung des Lebens nachzudenken. Gründel hat hierzu als Leitschiene die Dimensionen Vergangenheit, Zukunft, Solidarität, Unbewusstes und Transzendenz vorgeschlagen. Heute begegnen sich die beiden Disziplinen Theologie und Medizin überwiegend erst am Sterbebett, obwohl beide eine lange Tradition verbindet. In den Rehabilitationskliniken ist die Zusammenarbeit von Theologen und Medizinern in aller Regel enger als z. B. in Akutkrankenhäusern, so dass hier eine Chance zur Weiterentwicklung dieses Bereichs gegeben sein dürfte.

7. Die Rehabilitationskliniken könnten Beiträge dazu leisten, den Unterricht von Studenten und die Fortbildung von Ärzten auf dem Gebiet der Anamnese und vor allem der Katamnese deutlich zu verstärken.

Erläuterung:

Angesichts der Fülle klinischer, laborchemischer und technischer Befunde und der kurzen Liegezeiten von Patienten in Universitätskliniken und akademischen Lehrkrankenhäusern ist es fast unmöglich, die Katamnesetechnik dort methodisch weiterzuentwickeln und zu lehren. Das zentrale Anliegen der Rehabilitationskliniken, dem einzelnen dazu zu verhelfen, die eigenen, reduzierten Ressourcen optimiert nutzbar zu machen, setzt die Beherrschung der Katamnese voraus, da hierzu psychologische, soziologische, sozialmedizinische, klinische und weitere Bereiche Berücksichtigung finden müssen. Den Rehabilitationskliniken steht hierdurch eine Option auf eine zentrale Funktion offen.

Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation können zu einer Verlängerung der Lebenserwartung bei erhaltener körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit führen. Ob dadurch in gleicher Weise die Lebensqualität steigt, kann individuell höchst unterschiedlich erlebt bzw. beurteilt werden. Viele Massnahmen, die sich unmittelbar und spürbar positiv auf das eigene Empfinden auswirken, dienen aber gleichzeitig diesen vier klassischen Zielen der Medizin. Wenn der einzelne aus einer grossen Angebotsvielfalt solcher Massnahmen auswählen kann, steigt die Chance, dass er Massnahmen, Tätigkeiten und Aktivitäten wählt bzw. durchführt, die seine Lebensqualität steigern und zu diesen Kernzielen nicht im Widerspruch stehen. Für wieviele Bürger dies zutrifft, hängt von der Entwicklung der ärztlichen Primärversorgung der Bevölkerung entscheidend ab. Die «3 x 7 Heidelberger Thesen» wollen zu einer solchen positiven Entwicklung beitragen.

Zusammenfassung

In der Bundesrepublik Deutschland arbeiten niedergelassene Ärzte seit fast zwei Jahrzehnten an der praktischen Umsetzung des klassischen Risikofaktorenkonzeptes der koronaren Herzkrankheiten innerhalb der ärztlichen Primärversorgung der Bevölkerung. Dabei wurde klar, dass die individuelle Sprechstundenbetreuung durch zwei Tätigkeitsfelder ergänzt werden muss. Zum einen ist es erforderlich, Praxispatienten in Gruppen zu betreuen. Der bundesweite Ausbau eines flächendeckenden Einsatzes der Herzgruppen ist hierfür ein eindrucksvolles Beispiel. Zum anderen sollen die niedergelassenen Ärzte auf Gemeindeebene, losgelöst von ihrer Praxis, tätig werden. Auch die Gemeindegarbeit soll der Gesundheitsförderung, der Prävention, Kuration und Rehabilitation dienen. Zur Konzeption und zur Weiterentwicklung der ärztlichen Primärversorgung werden je 7 Thesen aufgezeigt. Besonders wichtig ist dabei die Erwartung, dass die Forschung auf Bevölkerungsebene zunehmend

eine Aufgabe der niedergelassenen Ärzte wird und sich dabei insbesondere einer Erforschung der Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung zuwendet. Eine weitere Gruppe von 7 Thesen bezieht sich auf die Entwicklung der Rehabilitation. Den hier zuständigen Klinikern sind Aufgaben zugeordnet, die eine starke Verzahnung von Klinik und freier Praxis bedeuten.

Summary

3 x 7 Heidelberg Propositions for the Development of a Comprehensive Concept for Primary Medical Care

Since almost two decades in the Federal Republic of Germany physicians in private practice work on the realization of the classical risk factor concept of coronary heart diseases within the primary medical care for the population. By doing that it became evident that the individual consulting care has to be amended by two areas of activities. On the one hand it is necessary to provide group-care for practice patients. For that the country-wide development of an area-covering operation of «cardiac groups» is an impressive example. On the other hand, practising physicians should start with activities at the community level detached of their practices. The work within the community should also serve sanitation, prevention, cure and rehabilitation. Seven propositions each are cited for the conception and further development of the primary medical care. Of particular importance is the expectation, that research at the population level will increasingly be a task of practising physicians and that herewith research especially turns towards search of sanitation. An additional group of seven propositions relates to the development of rehabilitation. Tasks are destined for the responsible clinicians that imply a close interlocking between hospital and private practice.

Literaturverzeichnis

- [1] Nüssel E, Scheidt R, Morgenstern W, Scheuermann W, Bergdolt H: Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit – Ansätze zur Korrektur. In: Mörl H, Diehm C, Heusel G, Hrsg. 45 Jahre Herzinfarkt- und Stoffwechselforschung. Berlin, Heidelberg: Springer, 1988: 26–43.
- [2] Grosse-Ruyken F-J, Nüssel E: 7 gegen 7 – Was ist gemeint? Emsdetten: Chronomed, 1986.
- [3] Schipperges H: Moderne Medizin im Spiegel der Geschichte. Stuttgart: Thieme, 1970.
- [4] Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 1987 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart, Mainz: Kohlhammer, 1987.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Egbert Nüssel
Klinikum der Ruprecht-Karls-Universität
Ludolph-Krehl-Klinik
Bergheimer-Strasse 58
D-6900 Heidelberg