

Erweiterte Sprech-Stunde

Andreas Schlumpf

Ein Bericht vom Wonca-Kongress 2003 in Ljubljana

Dieser Bericht über den letztjährigen Wonca-Kongress in Slowenien schildert die Vielsprachigkeit und auch die Verständigungsprobleme an einem solchen Grossanlass. Er erwähnt die national unterschiedlichen Strukturen und Möglichkeiten und leitet daraus die Notwendigkeit ab, die Sprechstunde um eine verbesserte Kommunikation, Humor, ethische, religiöse, literarische und philosophische Hilfsinstrumente zu erweitern. Wir brauchen aber nicht nur neue Instrumente, sondern müssen auch unser Denken ändern, den naturwissenschaftlichen Reduktionismus erkennen, die Sprachlosigkeit überwinden, auch vorschläge Sachverhalte erkennen und interdisziplinär und transfakultär Hilfe und Ergänzung suchen.

Cet article sur le congrès Wonca de l'année dernière à Ljubljana (Slovénie) décrit les problèmes de compréhension que peut entraîner le multilinguisme lors d'une manifestation de cette ampleur. Il mentionne les différences de structures et de solutions nationales et en déduit en corollaire la nécessité d'atteindre une meilleure compréhension lors de la consultation au cabinet médical, en recourant à l'humour ou/et à des supports éthiques, religieux, littéraires ou philosophiques. Nous n'avons pas seulement besoin de nouveaux instruments, nous devons aussi modifier notre façon de penser, reconnaître l'aspect réducteur de la science, surmonter l'absence de langage, identifier les données préalables au langage et chercher de l'aide au niveau interdisciplinaire et interacadémique.

Wonca-Kongress 2003

Mit grösserer Distanz zu den Erkenntnissen des letztjährigen Wonca-Kongresses in der Hauptstadt Sloweniens, Ljubljana, kristallisiert sich nicht ein einzelner Vortrag als aufzeichnungswürdig heraus; vielmehr sehe ich eine Parallele zwischen meiner täglichen Praxis und der dort gelebten Vielsprachigkeit und den damit verbundenen Sprach- und Verständigungsproblemen.

Die reduzierende Sprache der Codierung

In Ljubljana wurde über die Bemühungen um die Einführung der Codierung mittels ICPC-2 [1] oder ICD-10 Code diskutiert. Im internationalen Vergleich besteht, aufgrund unterschiedlicher Strukturen der Gesundheitswesen, eine unterschiedliche Notwendigkeit zu einer solchen Codierung – unter Inkaufnahme der damit verbundenen Reduktion von komplexen Sachverhalten auf eine Zahl, d.h. einen Code. Zur Zeit findet sich bei uns in der Schweiz, im Unterschied zu teilweise weit gediehenen Lösungen im Ausland, wenig Relevanz dafür. Gepflegte Codierungen schaffen in anderen Ländern mit anderen Strukturen (u.a. NHS) mehr Vernetzung und Vergleichbarkeit und unterstützen dort die in unserem Land so gesuchte und doch mehrheitlich abwesende Forschung in ambulanter Medizin [2].

Die Strukturen unseres Gesundheitswesens sind heute noch sehr freiheitlich. Bei zunehmender Kontrolle, abnehmender Behandlungsfreiheit der Ärzte und Wahlfrei-

heit der Patienten sowie bei zunehmendem politischem Druck in Richtung Rationierung müssen wir unsere eigenen, neuen Lösungsstrategien suchen. Die Codierung im ICPC-2 oder ICD-10 ist in den Hausarztpraxen der Schweiz zur Zeit noch nicht verbreitet.

Ausbau des sprachlichen Horizontes

Auf der Suche nach praktisch umsetzbaren neuen Erkenntnissen fand ich – nach Überwindung von sprachlichen oder strukturell-politischen Hürden – allerorten viele gute Ideen, wie die Sprechstunde erweitert werden kann, sei es unter Einbezug von kommunikativen Verbesserungen, Humor, ethischen, religiösen, literarischen und philosophischen Aspekten.

So zitierte Iona Heath in ihrem Referat «Ethical dilemmas in general practice: matters of life and death» [3] u.a. den Philosophen Hans Georg Gadamer «The enigma of health», 1996 und zeigte Goyas Gemälde «Doctor's conversation with a dying patient». In weiteren Vorträgen hörten wir vom Einsatz und Zulassen des Humors in der Praxis sowie Analysen aus dem UK über die Behandlungsweisen von Menschen, welche sprachlichen Minderheiten angehören.

Diese Eindrücke und die bleibenden Erinnerungen an diese Vorträge führten mir klar vor Augen, wie lückenhaft und deshalb fehleranfällig unsere naturwissenschaftlich geprägte und reduktionistische Betrachtungsweise ist.

Während ich im Nachgang zum Wonca-Kongress 2002

in London über «narrative based medicine» und den damit verbundenen Paradigmenwechsel berichtet habe [4], beeindruckte mich am Wonca-Kongress 2003, wie die TeilnehmerInnen aus 20 Ländern die Grenzen der naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise in der Medizin zu überschreiten versuchten. Diese neue Sichtweise öffnet uns den Blick für viele Aspekte in der Krankengeschichte unserer Patienten, welche bisher unberücksichtigt oder ungeklärt geblieben sind.

Die Gefahr des Reduktionismus

Wir haben uns daran gewöhnt, einen Sachverhalt nur als Tatsache oder wahr anzusehen, wenn er beschreibbar ist. Damit blenden wir viele Dinge aus, obschon diese im Leben des Patienten real sind und von uns vielleicht sogar wahrgenommen werden. Da sie aber unbeschreibbar sind, finden sie keinen Eingang in «unsere» Krankengeschichte des Patienten. Solche Tatsachen werden auch *vorsprachliche Sachverhalte* genannt ([5], S. 16).

Bei unserer Arbeit sind wir es nun gewohnt, ein beschreibbares Symptom oder Phänomen zusammen mit den ebenfalls beschreibbaren Befunden zu einer beschreibbaren und möglichst noch codierbaren Diagnose zu synthetisieren, sprich zu reduzieren.

Bereits bei der Erhebung der Anamnese haben wir alles ausgelassen, was der Patient nicht in Worte fassen konnte oder wir aus sprachlichen oder anderen Gründen nicht zu beschreiben vermochten.

Bei der Befunderhebung gehen wir ähnlich lückenhaft und reduktionistisch vor. Mit Auge, von Hand, mit Stethoskop und Schallkopf sammeln wir sichtbare und beschreibbare Befunde. Aus solch lückenhaften Tatsachen finden oder erfinden wir unsere Diagnosen, planen und verordnen unsere Therapien. Die Resultate sind oft fraglich. Wir wissen, wie oft eine Diagnose mehr verbergen kann als zu erklären weiss. Wir wissen, wie unterschiedlich die Geschichten lauten können, welche sich hinter der gleichen Diagnose, z.B. Fibromyalgie, Bulimie oder Demenz, verbergen.

Wir wissen aber auch, wie unterschiedlich die Diagnosen von Patienten lauten, die parallel mehrere Ärzte konsultiert haben. Diese intra- und interpersonellen Unterschiede der Diagnosen und Beurteilungen kommen durch Reduktionismus auf mehreren Ebenen zustande. Eine erste Ebene der Reduktion stellt die Wahrnehmung beim Patienten selbst dar, eine zweite ist dessen sprachlicher Ausdruck. Es folgen auf seiten des Arztes ebenfalls Ebenen der Wahrnehmung, der Denkweise und der Ausbildung und technischen Ausrüstung, welche das Ausmass des Reduktionismus bestimmen.

Dr. med. Andreas Schlumpf
St. Johanns-Parkweg 2
CH-4056 Basel
a_schlumpf@gmx.ch

Ein Beispiel von Reduktionismus aus meiner Praxis

Die medizinischen Fortschritte finden oft in einem Gebiet statt, das aufgrund neuer pathogenetischer Erkenntnisse oder Behandlungsmöglichkeiten neu erschlossen wird.

Ich versuche hier am Beispiel der Demenz diese Sichtweise zu erklären. Seit es für gewisse Demenzformen eine Therapiemöglichkeit gibt, blenden wir in der Praxis gehörte Klagen über Vergesslichkeit nicht mehr aus und schaffen eine reduktionistische Abstraktionsbasis, die den Anspruch hat, intersubjektiv und intermomentan identifizierbare und quantifizierbare Daten zu liefern, welche es erlauben, die Krankheit zu erfassen. Wir suchen und finden neue sprachliche Begriffe für die gefundenen Phänomene von Vergesslichkeit und Fehlleistungen aufgrund eingeschränkter kognitiver Leistungen. Wir lernen die Sprache der Psychologen kennen, die in mehrstündigen Explorationen versuchen, eine nosologische Zuordnung des dementiellen Syndroms zu finden. Wenn wir in der Allgemeinpraxis diese Sprache dann in die Sprache des Patienten übersetzt haben (*d/ff/i/e/sp/kr/ usw.*), muss der schwierige Entscheid gefunden werden, eine Therapie zu beginnen. Falls diese Therapie dann Erfolg hat und der Inbegriff einer reduktionistischen Zahl, der MMS (mini mental state)-Wert, dann wieder angestiegen ist, müssen wir Hausärzte dann die Sprache der Krankenkasse in die Sprache des Patienten übersetzen und ihm klar machen, dass diese Therapie nun von der Kasse nicht mehr bezahlt wird, weil die Krankheit nicht mehr messbar und deshalb nicht mehr existent sei.¹

Dieses Beispiel einer Demenzabklärung und -behandlung aus meiner Praxis veranschaulicht die Notwendigkeit der sprachlichen Fortbildung und der antireduktionistischen Betrachtungsweise für uns AllgemeinärztInnen.

Benutzen wir die Gelegenheit, diese Fortbildung dort zu absolvieren, wo ein mehrsprachiger und interdisziplinärer und sogar teils interfakultärer Dialog geführt wird – also an einem der nächsten Wonca-Kongresse.

Literatur

- 1 WONCA Classification Committee International, Hrsg. Internationale Klassifizierung der medizinischen Primärvorsorgung ICPC-2. Ein Kodierungssystem der Allgemeinmedizin. Wien: Springer; 2000.
- 2 Kissling B. Förderung der Forschung in ambulanter Medizin, PrimaryCare 2003;3:55–9.
- 3 Heath I. Ethical dilemmas in general practice: matters of life and death. PrimaryCare 2003;3:942–7.
- 4 Schlumpf A. Von Systemen zu Geschichten: das narrative Denkmuster in der Hausarztpraxis. PrimaryCare 2003;3:496–8.
- 5 Schmitz H, Marx G, Moldzio A. Begriffene Erfahrung. Rostock: Ingo Koch Verlag; 2002.

1 persönlicher Fall aus meiner Praxis