

## Chronic care oder:

# Wie kann man trotz chronischer Erkrankung gut leben?

STEFAN WILM

Wie kann man trotz chronischer Krankheit gut leben? Gute Frage. Je nach Definition der Vertreter des Gesundheits(!)systems sind fast alle Deutschen chronisch krank. Aber chronisches Kranksein ist immer auch eine Frage der inneren Haltung und des Umgangs, nicht nur des Leidens an einer Krankheit. Fühle ich mich chronisch krank, oder werde ich für chronisch krank erklärt? Machen Prävention oder Vorsorgeuntersuchungen wie der ›Check up 35‹ rasch krank? Zwingen Disease Management-Programme (DMPs) sich Gesund-Fühlende, alle drei Monate in eine Hausarztpraxis zu kommen, um sich ihre Krankheit vorhalten zu lassen? Und wenn bei mir gleich mehrere chronische Krankheiten diagnostiziert worden sind, ich also ›multimorbide‹ bin (und das geht schnell!): Wem nützen dann ›Chronic care‹ – und ›Guided care-Modelle‹? Den Ärzten und Praxisteams oder den Patienten? Wäre die Antwort auf die Frage nach gutem Leben trotz chronischer Erkrankung dann für die Mehrzahl der Betroffenen: Meidet Ärzte (und die Apotheken-Umschau)? Aber machen Selbstmanagementförderungs-Kurse und Partizipation bei der salutogenetischen Orientierung und Ressourcenförderung nicht auch die Menschen von uns als professionellen ›neuen‹ Experten abhängig, zum süchtigen Verbraucher – zu unserem Nutzen?

### Irgendetwas stimmt da nicht

Mein Thema lautet: ›Chronic care oder: Wie kann man trotz chronischer Erkrankung gut leben? – Eine Polemik‹. Polemik verwende ich hier im griechischen Sinne, also als ein wissenschaftlicher oder auch ein Glaubensrichtungs-Streit. Ich möchte mich mit Ihnen streiten. Ich will dabei nicht empathisch sein, das muss ich schon jeden Tag in meiner Hausarztpraxis. Ich will Sie radikalisieren und zwar in einem Sinne, der Ihnen wahrscheinlich am Ende meines Vortrags nicht gefallen wird. Herr Fischer sagte<sup>1</sup>, er könne Herrn Petzold in keinem Punkt widersprechen. Das kann ich sehr wohl, bei Ihnen allen beiden. Wir wollen über chronische Krankheiten sprechen. Wenn Sie im Internet nach validen Zahlen zur Häufigkeit, also Prävalenz, einer bestimmten Erkrankung in der deutschen Bevölkerung vom Neugeborenen bis zum Dahinsiehenden (also etwa 82 Millionen Menschen) schauen, dann finden sie, dass 27% der Bevölkerung chronische, wohlgeartet chronische, nicht akute, Rückenschmerzen haben. 10% haben Migräne, 5% haben chronische andere Kopfschmerzformen, 8% haben einen Diabetes mellitus. 20% haben eine arterielle Hypertonie, also einen Bluthochdruck, 2% eine koronare Herzkrankheit, also Durchblutungsstörungen am Herzen, 5% haben eine Depression, 8% haben eine Angsterkrankung, 11% haben eine

<sup>1</sup> Siehe Vortrag W. Fischer ›Chronizität – was ist wirklich möglich?‹ S. und den Einführungsvortrag in das Symposiumsthema: ›Was bedeutet eine salutogenetische Orientierung?‹ O. Bahrs und T. Petzold S.

Suchterkrankung. 20% haben eine Arthrose. 13% haben eine atopische Rhinitis, sprich einen Heuschnupfen, und 6% haben eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung, eine COPD. Wir lernen daraus, dass 135% (!) der deutschen Bevölkerung chronisch krank sind, wohlgernekt Neugeborener bis Uralter. Das sind die derzeit in der Literatur gültigen Zahlen. Es gibt natürlich Menschen, die haben eine Arthrose und eine COPD und noch dazu eine Angsterkrankung. Damit sind sie multimorbide. Wenn man das heraus rechnet, kommen wir auf 88% der deutschen Bevölkerung, vom Neugeborenen bis zum Uralten, die chronisch krank sind. Das heißt: Irgendetwas scheint da nicht zu stimmen. Diese Zahlen sind alle valide, sind alle nicht übertrieben, stehen überall in der Gesundheitsberichterstattung, trotzdem haben wir sofort das Gefühl, da kann etwas nicht stimmen. 135% der Bevölkerung können nicht chronisch krank sein.

### 135% chronisch Erkrankter – wer profitiert davon?

Aber wer profitiert davon, dass es solche Zahlen gibt? In erster Linie schon mal die Betroffenen. Sie organisieren sich in Selbsthilfverbänden, zum Beispiel in der deutschen Rheumaliga. Die Selbsthilfverbände wiederum sind extrem erpicht darauf, die Prävalenzzahlen so hoch anzusetzen wie irgend möglich, denn dann bekommen sie mehr Geld und mehr Aufmerksamkeit. Dann natürlich wir Ärzte. Wir sind in unseren Erlösen für Leistungen für gesetzlich Versicherte budgetiert, aber es gibt sogenannte extrabudgetäre Leistungen, also Leistungen, bei denen wir nicht gedeckelt sind. Wenn wir dann in Versorgungsverträge, speziell integrierte Versorgungsverträge eintreten oder an Disease-Management-Programmen (DMPs) für chronisch Kranke teilnehmen

oder gar IGeLn, also den Patienten individuelle Gesundheitsleistungen anbieten – wohlmeinend (!) – profitieren wir davon. Die Pflegedienste und die relativ neue Berufsgruppe der Care-Manager profitieren davon, denn es wertet die Profession auf, wenn eine große Population chronisch Kranker versorgt wird. Es profitieren von hohen Prävalenzzahlen die pharmazeutische und Medizingeräte-Industrie über neue Märkte für Medikamente und Hilfsmittel. Auch die Krankenkassen profitieren, denn sie können sich dann öffentlichkeitswirksam für ihre Versicherten engagieren. »Wir – die AKK – wir tun was für unsere Versicherten, wir haben ein spezielles Programm für die Arthrotiker.« Wir Forscher profitieren enorm von hohen Prävalenzzahlen, wenn wir sagen, unser beforschtes Krankheitsbild ist wichtig und häufig. Dann erhalten wir nämlich Mittel vom Staat, damit wir weiterforschen können, wir können Kongresse veranstalten, über Salutogenese zum Beispiel, und wir bekommen Aufmerksamkeit. Die Medien profitieren ebenfalls von hohen Prävalenzzahlen, denn sie haben dann Leser. Aus chronischen Erkrankungen kann man Reisserthemen machen. Und am Schluss profitieren die Gesundheitspolitiker, denn sie können jetzt endlich einmal etwas für die Kranken tun. Das heißt: Alle, vom Patienten bis zum Politiker und zu den Professionellen, wir alle profitieren davon. Die Zahlen sind da, wir alle profitieren. Wer soll das dann ändern? Es kann niemand ändern, weil alle wollen, dass diese Zahlen so hoch sind.

Das Schaubild von Rik van den Busche zur kooperativen Versorgung verwenden wir in einem unserer Forschungsprojekte zur Demenz. Sie sehen sofort: Der Patient steht im Mittelpunkt der Versorgung. Ich als Hausarzt kümmere mich um den Patienten, aber auch die Pflegedienste kümmern sich und natürlich die pflegenden Angehörigen, außerdem die Selbsthilfgruppen, die

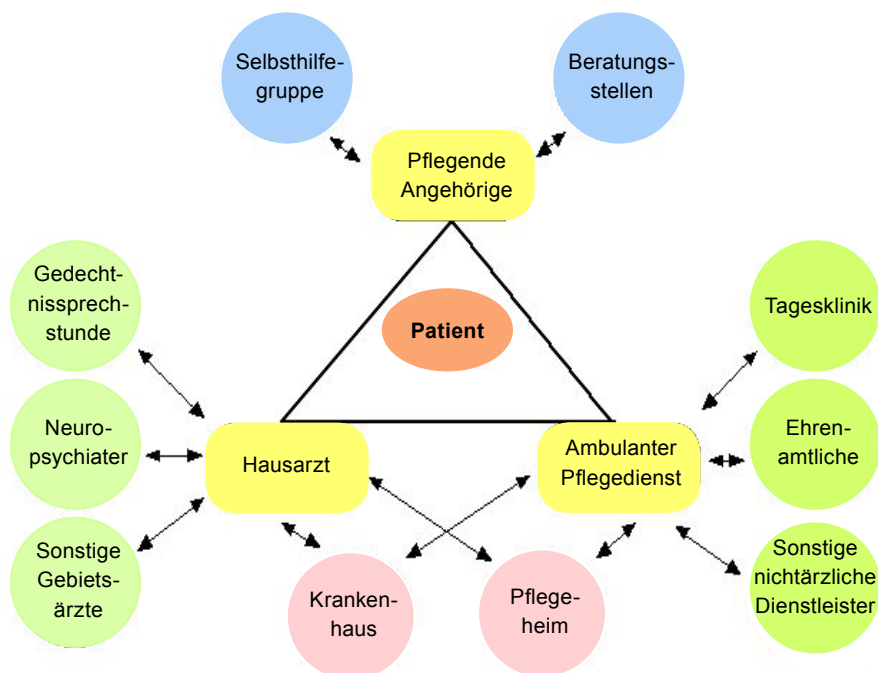


Abb.: van den Busche 2007

Spezialisten, die Neuropsychiater und andere Gebietsärzte. Das Krankenhaus spielt eine Rolle, das Pflegeheim, aber auch andere Einrichtungen, Tageskliniken bis hin zu Ehrenämtern. Wir alle kümmern uns um den Patienten, der steht im Mittelpunkt. So kann man diese Abbildung lesen. Man kann sie aber auch anders lesen. Schauen sie mal, wer da eingemauert ist, umzingelt von Professionellen. Wer kommt nicht heraus, ist fest eingeeengt? Der Patient! Er ist von allen Seiten umzingelt. Irgendetwas stimmt da nicht. Der Patient wird von uns verfolgt.

## Chronische Krankheit, Krank-Sein und Krankheitskonzepte

Ich erläutere jetzt einige Definitionen für Begriffe, die wir gleich zum Streiten brauchen. Der erste ist der Begriff der »chronischen Krankheit«. Hier eine Definition, die wir in der Allgemeinmedizin benutzen: »Chronisch ist eine Krankheit, die nach ihrem Auftreten, in verschiedener Ausprägung, aber lebenslang, bestehen bleibt, und die Komplikationen sowie nicht selten einen vorzeitigen Tod zur Folge hat. Es gibt asymptomatische und symptomatische chronische Erkrankungen. Für beide gilt, dass in der Regel eine lebenslange Betreuung und Begleitung des Patienten notwendig wird.«<sup>2</sup> Herr Petzold sagte eben<sup>3</sup>, chronische Krankheiten halten nicht immer an. Doch, die halten immer an, die werden vielleicht nicht immer schlimmer, aber eine chronische Krankheit, die wieder viel besser wird, sieht die Definition nicht vor. Eine andere Definition kommt aus dem amerikanischen Raum: »Krankheiten sind dann chronisch, wenn sie ein oder mehrere der folgenden Charakteristika haben: sie sind permanent, also sie halten an bis zum Lebensende; sie verursachen bleibende Behinderungen und Beeinträchtigungen; sie werden durch irreversible pathologische Veränderungen verursacht, sie erfordern ein spezielles rehabilitatives Patiententraining oder sie lassen eine Langzeitbeobachtung, Langzeitbetreuung und Langzeitversorgung erwarten.«<sup>4</sup> Zwei Definitionen, die relativ nah beieinander liegen und den derzeitigen Stand, wie chronische Krankheit in der Welt definiert wird, in etwa wiedergeben.

Der Großteil von uns hier im Saal ist chronisch krank. Jetzt schauen Sie sich die Definitionen noch einmal an: lebenslang, vorzeitig, permanent, bleibend, irreversibel, speziell. Sie sind alle Chroniker. Wie fühlt sich das an? Nicht schön. Das Leben führt immer zum Tode. Aber chronisches Kranksein möglicherweise (!) vorzeitig. Es bleibt unser Unbehagen: Irgendetwas stimmt da nicht.

Wir unterscheiden zwischen »Krankheit« und »Krank-Sein«. Krank-Sein, aus dem britischen Englisch von Paul Unschuld ins Deutsche gebracht, ist die »illness«. Eine Definition könnte sein: Wahrnehmung und Erleben des Patienten, sein Umgang mit der

Krankheit, sein Gefühl, seine innere Haltung. Eine andere Definition, von Arthur Kleinman, besagt: »Krank-Sein ist die grundsätzliche Schwierigkeit, die Symptome und die Leiden, die in unserem Leben auftreten.«<sup>5</sup> Oder noch eine andere, zusammengesetzt aus Aussagen von Paul Unschuld, Cecil Helman und Arthur Kleinman: »Krank-Sein ist das Erleben, Benennen, Bewerten und die angenommene Bedeutung einer Störung durch den Leidenden.«<sup>6</sup> Drei Definitionen für den gleichen Begriff, die das Subjektive in den Vordergrund stellen. Im Gegensatz dazu ist dann die Krankheit, die »Disease«, die primäre biologische und/oder psychophysiologische Fehlfunktion oder Fehlanpassung von Organen oder Systemen.

Der Mensch ist auch ein System. In Begriffen medizinischer Theorie wird dieses durch den Arzt definiert. Wir erkennen also etwas, nennen wir es erst einmal etwas Objektives – wir alle wissen, dass es auch nicht objektiv ist – zumindest aber einen Definierer und ihm gegenüber ein Subjekt. Sie stehen sich gegenüber, zwischen Krankheit und Kranksein. Es ist wichtig, dass wir dazwischen unterscheiden. Ein weiterer Begriff, mit dem ich Sie konfrontieren möchte, ist der des Krankheitskonzeptes. Krankheitskonzepte umfassen die Gesamtheit der Gedanken, Gefühle und Handlungsimpulse eines Menschen in Bezug auf (s)eine Krankheit. Alles, was wir denken und fühlen über unsere Krankheit oder auch über die Krankheiten anderer Menschen, bildet unsere Krankheitskonzepte. Krankheitskonzepte sind immer historisch und durch Traditionen geprägt. In Europa bildet die Humoralpathologie einen Teil des Hintergrundes; sie hat ihren Anfang ca. 400 Jahre vor Christus in Griechenland genommen. Krankheitskonzepte sind entitätsspezifisch, also von Krankheit zu Krankheit, von Entität zu Entität unterschiedlich. Sie sind akteursbezogen, bezogen auf die Menschen, die miteinander kommunizieren. Sie sind situativ adaptierbar; man kann sie also auf die Gesprächssituation, auf die Auseinandersetzungssituation, adaptieren. Und sie sind immer biographisch prozesshaft, sie wurzeln in und verändern sich mit meiner Biographie. Sie sind eine Wahrnehmung, eine Interpretation, eine Bewertung und eine Verarbeitung von entweder Krankheit oder Symptomen oder auch von den Personen, die Träger der gesellschaftlichen Verhältnisse oder dieses Symptoms sind. Wenn wir die Personen in die Definition hineinnehmen, nicht nur die Symptome, dann wird schnell klar, warum ich vorhin »Chroniker« gesagt habe. Das ist ja eigentlich ein abwertender Begriff, den ich sonst auch nicht benutze, der über allem steht: der Chroniker. Wir sind alle Chroniker. Krankheitskonzepte bewerten immer auch die Person. Wir alle haben Krankheitskonzepte: Sie als Patienten ebenso wie Sie als Therapeuten; ich als Mensch, als Patient, genauso wie als Professioneller, als Hausarzt.

Es gibt verschiedene Konstellationen von »Kranksein« und »Krankheit«. Erstens: Wir fühlen uns gesund, wir erleben kein Kranksein und wir haben auch keine definierte Krankheit. Zweite

2 Kochen MM, Hrg. Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Thieme, 2012

3 Siehe Vortrag O. Bahrs und T. Petzold: Einführung in das Symposiumsthema: »Was bedeutet eine salutogenetische Orientierung?« S.

4 Gensichen J et al. ZäFQG, 2006

5 Kleinman A 1988

6 Unschuld P 1978; Helman CG 1981; Kleinman A 1986

Konstellation: Wir fühlen uns gesund, aber jemand hat schon bei uns eine (chronische) Krankheit definiert. Dritte Konstellation: Wir erleben Kranksein, wir fühlen uns krank, aber es ist (noch) keine Krankheit definiert worden. Das ist meine Ausgangssituation in der Hausarztpraxis. Die Menschen kommen und sagen: »In den letzten Wochen, ich weiß nicht, bin immer so schlapp, habe ein Kilo abgenommen, kann nachts schlecht schlafen, tagsüber bin ich immer so müde. Was ist denn los mit mir? Mach' mal was, Doktor.« Das heißt, die Menschen erleben sich als krank, aber ich als Hausarzt habe noch nichts definiert. Das ist die Ausgangssituation. Und dann, wenn die Menschen eine Weile bei mir gewesen sind, kommen wir dazu, dass sie sich einerseits krank fühlen und ich andererseits auch eine Krankheit definiert habe, wenn ich denn eine gefunden habe. Aber das ist ja meine Aufgabe: Ich bin derjenige, der den theoretischen Begriff über das Kranksein des Patienten stülpt. Das nennen wir dann Diagnose. Das Ganze findet immer in der Patient-Arzt Beziehung statt, es kann nicht von alleine passieren. Natürlich kann man sich zu Hause hinsetzen und die Apothekenrundschau lesen und sagen: »Genau das habe ich: morgens müde, öfters mal abgespannt, Konzentrationsstörungen: Selenmangel.«. Aber das ist keine Definition. Sie haben dann noch keine Krankheit, sie haben ein Krankheitskonzept zu ihrem Kranksein. Das bedeutet, dass dieser Prozess der Vereinigung von Kranksein und Krankheit nur in der Patient-Arzt-Beziehung oder Patient-Therapeut-Beziehung stattfindet. Das gilt für alle Berufsgruppen; auch zwischen Patient und Pflegendem findet ein solcher Prozess, von Definition der Krankheit und Erleben von Kranksein, statt. Sie benennen den Schnupfen, aber weil sie nicht die theoretische Definitionsmacht haben, sagen sie nur: »Ich fühle mich so wie bei Schnupfen«. Aber sie haben noch nicht mit dem Professionellen dazu gesprochen, der gesagt hat: »Richtig. Ja.« Der Prozess fehlt. Wenn meine Patienten in die Sprechstunde kommen und mir genau beschreiben, was sie haben, dann frage ich immer: »Und was ist das?« Und dann sagen sie: »Schnupfen« und ich antworte: »Ja, richtig« und – sozusagen unausgesprochen: »Was wollen sie denn bei mir?« Denn die Patienten wissen natürlich, dass auch ich bei Atemwegsinfekten nicht helfen kann. Viel trinken, ausreichend schlafen und Bonbons lutschen – das wissen die Patienten auch alleine. Warum gehen sie dann zum Arzt? Weil sie Sorge haben. Sie haben Sorge, dass da noch eine andere Krankheit sein könnte. »Der Husten geht seit fünf Tagen nicht weg, hören sie mich noch mal ab, nicht dass es eine Lungenentzündung ist.« Das ist der Prozess: Der Patient hat Symptome von Schnupfen, er benennt es auch selbst so, ich als Hausarzt definiere es als Krankheit, aber der Patient hustet eben auch noch und will wissen: Ist es eine Pneumonie oder hoffentlich keine? Das mikrosoziologische Handlungsmodell oder Interaktionsmodell, welches den Prozess abbildet, ist der symbolische Interaktionismus.

## Patienten – krank oder für krank erklärt?

Wir beginnen mit unserer Sprechstunde. Unsere erste Patientin heute:

**Frau Z.**, 52 Jahre alt. Sie kommt eher selten zu mir, nur wegen Atemwegsinfekten, eben wegen Schnupfen. Sie lebt mit ihrem Ehemann und einer Tochter in eigener Wohnung. Sie ist mit ihrem Beruf ganz zufrieden, was man auch sieht. Jetzt kommt sie zu mir, weil sie zum ersten Mal einen »Check-up 35« machen will. Das ist eine Vorsorgeuntersuchung,



die die gesetzlichen Krankenkassen allen Versicherten alle zwei Jahre ab dem 35. Lebensjahr zur Früherkennung von kardiovaskulären Risikofaktoren, also Herz-Kreislauf-Risikofaktoren, anbieten. Bisher hat sie dieses Angebot nicht angenommen, aber jetzt will sie einen »Check-up 35« machen lassen. Möglicherweise haben meine medizinischen Fachangestellten sie auch dazu ermuntert. Ich untersuche Frau Z., auch ihre Knie, und es knirscht im rechten Knie. Sie berichtet mir – auf meine Nachfrage hin – dass es beim Treppensteigen manchmal im rechten Knie weh tut und es knirscht und knackt. Da brauche ich nicht mehr zu röntgen: Sie hat eine Gonarthrose, eine Kniegelenksabnützung. Dafür hat sie zwei Risikofaktoren: Übergewicht und Lebensalter. Jetzt habe ich die Wahl, entweder zu sagen: »Ja mein Gott, ihr Knie«, und sie zum Orthopäden zu überweisen; der röntgt dann und was macht er noch? Er bietet ihr (nach der aktuellen Evidenz wirkungslose) Knorpelaufbauspritzen zur Injektion ins Knie an, 400 Euro pro Behandlung. Oder ich schicke sie nicht zum Orthopäden, sondern sage: »Na ja, das ist eine Arthrose«; oder: Ich halte die Klappe. Die drei Möglichkeiten gibt es. Ich habe Frau Z. auch Blut abgenommen, das gehört zu einem »Check up 35« dazu. Der Blutzucker war mäßig erhöht. Also haben wir einen sogenannten Langzeitblutzucker bestimmt, einen HbA1C, und der lag bei 6,4 %. Das ist per definitionem ein Diabetes mellitus; Frau Z. hat also einen Diabetes mellitus. Auch dafür hat sie mindestens zwei Risikofaktoren: Übergewicht und Lebensalter. Jetzt haben wir ein Problem, denn ich als Arzt habe eine pathogenetische Sichtweise. Frau Z. kommt zu einer Vorsorgeuntersuchung und ich habe natürlich meine pathogenetische Brille auf, ich suche nach Krankheiten, um sie zu definieren, sonst bräuchte ich doch nicht die Vorsorgeuntersuchung durchzuführen. Frau Z. hat kein Kranksein erlebt, sie hat sich bisher gesund gefühlt. Das mit dem Knie hat sie mir nur gesagt, weil ich sie gefragt habe, und von der Zuckerkrankheit hat sie bisher gar nichts gemerkt. Jetzt ist die Frage: Definiere ich als Arzt die Krankheiten, obwohl sie als Patientin sich nicht krank fühlt? Und wie fühlt sie sich dann anschließend, wenn ich sage: »Sie haben einen Diabetes mellitus, schauen sie mal ins Internet, was da drüber steht.« Fühlt sie sich dann chronisch krank, weil sie

per definitionem eine Chronikerin ist? Oder wird sie nur von mir für chronisch krank erklärt und kann sagen: »Nö, dass nehme ich aber nicht an, ich will davon gar nichts wissen, ich ignoriere das mit dem Diabetes oder hole mir eine zweite Meinung.« Wir stecken in einem Dilemma. Ich frage mich dann natürlich auch, welches Krankheitskonzept habe ich als Hausarzt, wenn ich ihr sage, »Sie haben einen Diabetes mellitus«. Ich denke dann zum Beispiel an Gewichtsreduktion. Sie denkt: »Mein Opa ist mit 72 Jahren gestorben, der musste immer spritzen, hatte am Schluss das Bein ab und dann ist er gestorben, viel zu früh.« Das ist ihr Krankheitskonzept, familiär geprägt. Das heißt, da treffen zwei Krankheitskonzepte aufeinander. Die Frage ist nun, welches Krankheitskonzept entwickeln wir gemeinsam? Sagen wir jetzt: »Diabetes, da müssen sie sofort was tun. Sie müssen Sport machen, abnehmen, mit dem Rauchen aufhören, Tabletten nehmen, Diät leben und am Schluss Insulin spritzen!« Oder sagen wir: »Na ja, der Zuckerwert ist ein wenig erhöht.« Und was sagen wir dann? Wir sind doch schon drin in der pathogenetischen Falle. Jetzt kommen Sie mir nicht mit Salutogenese: »Frau Z., Sie müssen das auch positiv sehen, das gibt ihnen die Chance, in ihrem Leben noch mal neue Kräfte zu entfalten und...« Das kann ich ihr nicht sagen, denn ich habe ihr gerade gesagt, sie habe eine Zuckerkrankheit. Ich habe sie gerade zur Chronikerin gemacht. Und weil ich sie zur Chronikerin gemacht habe, schreibe ich sie ins Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ 2 ein. Das bringt dann nämlich 15 Euro extrabudgetär, und ich sehe sie alle drei Monate. Natürlich mache ich das – ich lasse mir diese 15 Euro nicht entgehen. Meine Praxis muss leben, ich muss meine Mitarbeiter bezahlen. Wir sind also tief drin in der pathogenetischen Falle.

## Die pathogenetische Falle

Unsere zweite Patientin ist:

**Frau J.**, schon relativ betagt, 86 Jahre alt, lebt allein in ihrer eigenen Wohnung. Sie ist in den 1980er Jahren aus Polen nach Deutschland gekommen, ihre Kinder waren schon etwas länger hier. Ihre Tochter begleitet sie ein bisschen im Alltag, geht mit ihr zweimal die Woche einkaufen, ansonsten ist sie immer noch ganz mobil. Frau J. hat immer Wert darauf gelegt, autonom und selbstbestimmt zu sein. Sie hat seit ihrer Jugend alle Kleider, die sie trägt, selbst genäht. Jetzt geht das nicht mehr so gut wegen ihrer Augen. Sie war mal zur stationären Versorgung im Krankenhaus; das war zu einer Zeit als ich ihr eine Tablette eines Diuretikums, eines wasseraustreibenden Medikamentes, gegeben habe. Es kam ein sehr heißer Sommer und ich habe vergessen dieses Diuretikum abzusetzen, anzurufen und zu sagen:



»Lassen Sie die Tablette weg die nächsten Tage.« Sie ist dann, als sie eine Durchfallerkrankung bekam und auch noch das Diuretikum nahm, ausgetrocknet. Sie musste ins Krankenhaus, weil sie ein bisschen verwirrt war. Im Krankenhaus wurde das Diuretikum abgesetzt und Flüssigkeit über die Venen gegeben, kein Problem. Der junge Stationsarzt hat Frau J. nach Hause entlassen mit dem Hinweis: »Sie sind ja 82, ich schick' Ihnen mal einen Pflegedienst.« Im Krankenhaus war sie ja auch hilfebedürftig, ein bisschen verwirrt, exsikiert, und so war das Bild, das der Krankenhausarzt von ihr hatte: Eine 82jährige, etwas verwirrte, offensichtlich hilfebedürftige Frau, die einen Pflegedienst braucht. Nach drei Tagen hat Frau J. den Pflegedienst wieder heimgeschickt, weil sie gut alleine zurechtkommt. Das ist ihre große Stärke: Sie will autonom sein. Sie schläft gerne lange und schläft gut, das ist ja selten bei älteren Menschen. Wenn ich mal zum Hausbesuch hinfahre, muss ich am frühen Nachmittag kommen, dann hat sie gerade gefrühstückt. Eigentlich ist sie immer gut drauf, und sie fühlt sich wohl. Manchmal aber kippt diese entspannte, gute Stimmung. Und dann erzählt sie mir, dass sie sich gerade wieder erinnert hat, wie ihr Vater 1945 vor ihren Augen von den heranrückenden Truppen der Roten Armee erschlagen wurde. Die Erinnerung steigt dann in ihr auf. Wer von Ihnen mit älteren und alten Menschen arbeitet, der weiß, dass viele solche Traumata aus der Zeit des Zweiten Weltkrieges mit sich herumtragen und dass diese oft erst jetzt wieder hochkommen. Aber meistens ist Frau J. guter Stimmung. Klar: Sie hat auch Diagnosen. Ich muss sie ja labeln. Das ist der Fachbegriff für die Zuordnung einer Diagnose: Wir kleben ein Label, ein Etikett, auf die Patientin. Ich muss ja gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) als Vertragspartner der Krankenkassen abrechnen, wenn ich zum Hausbesuch fahre, und dazu muss ich einen Grund angeben, warum ich zum Hausbesuch gefahren bin. Ich kann nicht sagen: »Wir haben uns nett unterhalten«, denn ich stecke in der pathogenetischen Falle. Frau J. hat einen Diabetes mellitus Typ 2, der diätetisch, also nur mit angemessenem Essen, gut eingestellt ist mit einem HbA1C von 6,9% – völlig o.k. für das Lebensalter – und sie hat keine diabetesbezogenen Beschwerden. Sie hat eine Herzmuskelschwäche, eine Herzinsuffizienz. Diese Krankheit teilt man in verschiedene Stufen ein. NYHA I ist die erste Stufe, sie spürt auf dieser Stufe z.B. Luftnot, wenn sie drei Treppen geht. Frau J. geht aber keine drei Treppen, sie hat einen Fahrstuhl, also merkt sie nichts von ihrer Herzinsuffizienz. Sie hat eine Polyarthrose, das heißt viele Gelenke sind schon abgenutzt. Sie hat eine Osteoporose, eine Knochenentkalkung, lebensalterbedingt, ohne dass sie etwas davon spürt. Und sie hat wie berichtet ein Posttraumatisierungssyndrom, also (neben der endokrinologischen, der kardiologischen und der orthopädischen) auch eine psychiatrische Diagnose. Diese Diagnosen schreibe ich für Frau J. in meinen Praxiscomputer: Ich labelle sie also mit ICD-Diagnosen (International Classification of Diseases). Und Sie (genauso wie die Krankenkasse) sehen auf einen Blick: Frau J. – die sich eigentlich wohl fühlt – ist multimorbide, alt und multimorbide. Damit kommen wir zum »Chronic care«-Modell.



›Chronic care‹ und ›Guided care‹-Modelle

Das ›Chronic care‹-Modell wurde in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts unter anderem von Ed Wagner in Seattle entwickelt und ist – eigentlich – ein guter Ansatz. Das meine ich ganz ernst. Es versucht nämlich, über die individuelle Betreuung eines Patienten durch einen Arzt hinaus zu erfassen, wie man das Gesamtsystem gestalten muss, damit chronisch Kranke gut versorgt werden. Sie sehen in der Grafik zum Modell die Gesellschaft, die Community. Die Community enthält unter anderem das Gesundheitssystem. Die Gesellschaft stellt die Ressourcen und auch die gesundheitsförderliche Politik zur Verfügung, damit chronisch Kranke gut leben können. Das Gesundheitssystem selbst organisiert sich über verschiedene Ebenen hinweg: Primärversorgung, ambulante sekundäre und Krankenhausversorgung, bis hin zur Tertiärversorgung. Das optimierte Versorgungssystem ist gut auf die Bedürfnisse von chronisch Kranken zugeschnitten. Es stellt Entscheidungshilfen und sektorübergreifend ein Informationssystem über die Daten des Patienten zur Verfügung. Der Hausarzt kann auf die Krankenhausdaten sofort zugreifen und der Krankenhausarzt auf die Hausarzt Daten, damit keine Datenverluste entstehen. Der Kern des ›Chronic care‹-Modells ist ein ambulantes Praxisteam, das vorbereitet ist auf die Versorgung von chronisch Kranken. Für deutsche Verhältnisse würde man sagen: der Hausarzt oder mehrere Hausärzte zusammen mit ihren medizinischen Fachangestellten und anderen Mitarbeitern in der Praxis, die sich mit der Versorgung chronisch Kranker auseinandergesetzt haben und proaktiv sind. Dieses Team geht von sich auf die chronisch Kranken zu und sagt: »Sollten wir nicht mal wieder..., wollen wir das im Auge behalten?« Proaktiv – das Team wartet nicht, bis Frau

J. mit Luftnot in die Praxis kommt, mit einer Verschlechterung der chronischen Krankheit Herzinsuffizienz, sondern geht proaktiv auf Frau J. zu. Das Team interagiert produktiv, wie das im Englischen so schön heißt, mit einem Patienten, der nicht nur gut informiert, sondern auch aktiviert ist, der selbst schon gelernt hat mit seiner chronischen Krankheit umzugehen. In der Tat führt die Umsetzung dieses Modells zu einem verbesserten Ergebnis in Bezug auf die Langzeitlebensqualität und Langzeitüberlebenszeit – für einen Teil der chronisch Kranken. Dazu gibt es gute Daten. Das Modell ist in den USA zum sogenannten ›Guided care‹-Modell weiterentwickelt worden. Hier wird noch jemand zwischen Patient und Team gesetzt, nämlich eine Fachkraft, die sich auf die Betreuung von chronisch Kranken spezialisiert hat, typischerweise eine Krankenschwester, die angebunden an eine Praxis etwa 50 chronisch Kranke versorgt. Zwei Modelle, zu denen es genug Evidenz gibt, dass sie wirken und einen Nutzen haben für einen Teil der Kranken. Aber für welchen Teil? Doch bestimmt nicht für Frau J. Frau J. ist multimorbide und alt und wäre die ideale Patientin für ein Chronic care-Modell, in dem wir proaktiv auf Frau J. zugehen könnten. Das will sie aber nicht! Sie will autonom sein, ihre Autonomie spüren und leben. Und erneut meldet sich unser Unbehagen: Irgendetwas stimmt da nicht. Der Patient wird von uns verfolgt.

Was machen wir im Medizinsystem? Wir Ärzte, wir Therapeuten und wir Pflegenden? Wir pathologisieren Altersprozesse. Wir nennen diese dann Krankheiten, und anschließend verwalten wir sie in einem Modell. Die Menschen werden zu chronisch Kranken erklärt. Und dann sagen wir: Für die vielen, vielen chronisch Kranken (135% der deutschen Bevölkerung) brauchen wir jetzt

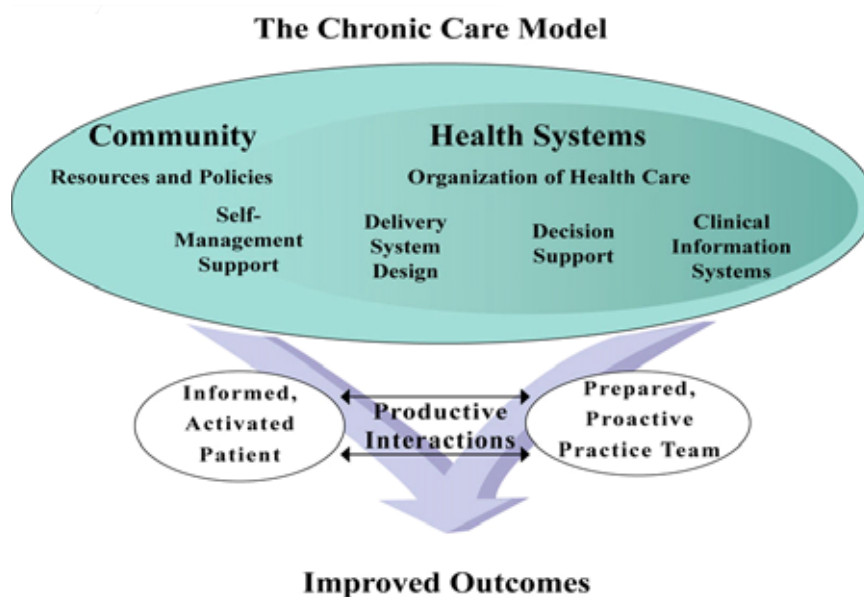


Abb.: Developed by The MacColl Institute ©ACP-ASIM Journals and Becks

ein Versorgungsmodell. Disease-Management-Programme, integrierte Versorgung, Chronic care-Modell, Guided care-Modell: gibt es alles schon. Aber bitte nicht für Frau J.! Was könnte man jetzt tun? Wie kann man trotz chronischer Krankheit gut leben? Das war die Frage, die am Anfang an mich gestellt wurde. Jetzt kommt die Antwort für 125% der chronisch Kranken. 10% chronisch Kranke, glaube ich, brauchen gezielt Unterstützung, zum Beispiel durch das ›Chronic Care‹-Modell. Aber 125% von den chronisch Kranken brauchen das nicht!

## Empfehlungen für chronisch Kranke zum guten Leben

Was empfehle ich diesen 125% chronisch Kranken? An erster Stelle: Meidet das Medizinsystem. Das ist ein guter Anfang. Lest keine Apothekenrundschaue. Ein ganz persönlicher Tipp von mir: Nehmt niemals am ›Check up 35‹ teil. Was soll denn ein armer Hausarzt wie ich machen? Ich muss ja Geld verdienen. Lasst Euch nicht labeln, lasst Euch keine Diagnosen aufdrücken. Lasst Eure Gesundheits- und Krankheitsdaten nicht auf Eure Versichertenkarte schreiben. Wenn ich meine ganzen ICD-Ziffern von Frau J. auf ihrer Karte speichere und sie geht zu einem anderen Arzt, sieht er sofort: Frau J. ist multimorbide. Und schon ist sie in dem Sack mit drin – im Sack des ›Chronic care‹-Modells. Lasst den Arzt nicht an der Entscheidungsfindung partizipieren, nehmt nicht an ›shared decision making‹ teil. Was maßen wir Professionellen uns denn an, zusammen mit oder für den Patienten zu entscheiden? Der Patient entscheidet. Also lasst den Arzt da nicht mitreden, holt Euch, wenn es denn sinnvoll ist, eine fundierte Zweitmeinung, bevor Ihr Euch irgendeiner eingreifenden Diagnostik oder gar Therapie unterzieht. Macht Kurse zu Selbstmanagement, Lebensführung, Lebensfreude, lasst euch empowern. Die älteren unter uns kennen noch Ivan Illich. Er ist als Kulturkritiker zu dem Ergebnis gekommen, dass das Medizinsystem nicht renovierbar ist. Also schafft es komplett ab, schafft das gesamte Medizinsystem ab. Zurück in die Steinzeit. Das wäre die einzige kulturkritisch logische Konsequenz.

Apothekenumschau nicht zu lesen ist noch leicht, aber keinen Arzt mehr zu besuchen, das ist gar nicht so leicht. Alle von uns gehen, wenn wir länger als zwei Wochen husten, zum Arzt. Es könnte ja doch eine Lungenentzündung sein. Wir vertrauen uns dem Medizinsystem, das wir so heftig kritisieren, sofort an, wenn wir Angst haben. Wenn es gar eine Todesbedrohung ist, zum Beispiel eine Krebserkrankung, dann werfen wir uns geradezu in die Arme des Medizinsystems. Wenn wir die Krebserkrankung dann überstanden haben, halten wir wieder Vorträge und schreiben Bücher über das Thema »Schafft das System ab«. Das heißt, wir sind bi-gott. Wir hacken auf dem System herum, dem wir uns anvertrauen. Wir vertrauen dem System, von dem wir als Professionelle ein tragender und erhaltender Teil sind, und sagen gleichzeitig zu unseren Patienten: Macht Kurse zu Selbstmanagement, Lebensführung und Lebensfreude, lasst euch empowern.

## Alles was wir zum Empowerment anbieten, macht die Menschen immer auch von uns als neuen Experten abhängig

Meine These lautet: Alles, was wir zum Empowerment anbieten, macht die Menschen immer auch von uns als neuen Experten abhängig. Wir züchten neue süchtige Verbraucher mit Beratung zur Ressourcenförderung, zu gesunder Lebensführung, mit Kursen zu Selbstmanagementförderung, Kursen im Umgang mit chronischen Krankheiten, mit salutogenen Gesprächen. Wir regen die Selbstheilungskräfte an, bieten partizipative Ansätze bei der salutogenetischen Orientierung, führen ganzheitliche Therapien durch. Herr Fischer hatte in seinem Vortrag<sup>7</sup> gesagt, das Schöne sei, man könne Aktivitäten zulassen und fördern. Was maßen wir uns denn als Professionelle an, uns hinzusetzen und zu sagen, ich lasse ihnen als Patient jetzt mal Aktivitäten zu? Fördern ist ja noch akzeptabel, aber zulassen? Alles das, was wir als Therapeuten, Berater, Begleiter, Coaches oder Kursleiter tun, macht die Menschen von uns abhängig – auf die gleiche Weise wie gerade gezeigt im Medizinsystem von den bösen Ärzten, den Pathogenetikern. Um es noch schärfer zu sagen: Der wohlmeinende Anwalt des Kranken – und das sind wir alle, sonst säßen wir nicht hier, wenn wir uns nicht für wohlmeinende Anwälte halten würden – der ist immer auch ein Parasit. Wir profitieren alle parasitär von den chronisch Kranken. Natürlich handelt es sich um eine Symbiose, der eine saugt am anderen und beide haben etwas davon. Wir wollen ja nur das Beste vom Patienten. Und was ist das? Geld.

Sprache ist Macht, es ist Definitionsmacht. Der Orthopäde röntgt und sagt, Sie haben eine Arthrose, und schon sind Sie krank. Das ist bei uns, wenn wir salutogenetisch oder psychotherapeutisch arbeiten, natürlich genauso. Wir labeln auch: Wir labeln Ressourcen, wir labeln Haltungen, wir labeln Entfaltungsmöglichkeiten. Wir labeln, und damit mischen wir uns in das Leben der Klienten oder Patienten ein. Wir labeln mit der gleichen Sprachmacht wie die Pathogenetiker. Also, was empfehle ich den Bürgern, die heute nicht hier sind? Bürger, wenn ihr gesundheitsfördernde Beratung oder Therapie in Anspruch nehmen wollt, holt euch eine fundierte Zweitmeinung. Nutzt das denn überhaupt etwas, was da angeboten wird? Oder schadet es vielleicht? Fußtherapie nach Schulz und Meier? Da würde ich mir eine Zweitmeinung einholen bevor ich mir das antue. Und in Ableitung von Illich: Professionelle, schafft euch ab. Das ist die einzig logische Konsequenz, um aus dieser Schleife von Abhängigkeit herauszukommen.

Unser letzter Patient in der heutigen Sprechstunde: **Herr J.** kam vor vier Jahren im Alter von 77 Jahren neu in meine Praxis und berichtete mir, dass er Blut im Stuhl habe. Herr J. hatte vorher keinen festen Hausarzt. Ich habe vom Darm her getastet und das Rektumkarzinom, also der Enddarmkrebs, war schon tastbar. Im Krankenhaus beim Staging stellte man fest, dass er auch ein Prostatakarzinom hat, einen Vorsteherdrüsenkrebs, der schon mit Tochtergeschwulsten in die Knochen weitergewandert war.

<sup>7</sup> Fischer, Wolfram Seite 9 ff

Herr J. war eine Weile im Krankenhaus; er erhielt, weil eine Niere durch den Rückstau schon aufgeweitet war, einen künstlichen Nierenausgang, einen suprapubischen Blasenkatheter, also eine Ableitung des Urins oberhalb der Symphyse, und einen künstlichen Darmausgang, einen Anus praeter – drei Löcher im Bauch. In der Zeit, in der er im Krankenhaus war, starb sein Sohn, der bei ihm und seiner Frau zu Hause lebte, behindert war und von dem Paar versorgt wurde. Herr J. wurde mit einer relativ hohen Dosis eines Schmerzmittels, das man als Pflaster aufklebt und das als Nebenwirkungen u.a. Müdigkeit und Schwindel macht, entlassen. Das war vor vier Jahren. Er hat sich wieder aufgerappelt. Herr J. lebt immer noch – und er lebt gut. Er lebt jetzt mit einer erheblich höheren Dosis des Schmerzmittels, denn Knochenmetastasen tun weh. Das behindert ihn manchmal, denn er steht jeden Morgen um 4:30 Uhr auf, weil er Zeitungen austrägt, weil er mit seiner Rente nicht auskommt. Er bringt also von 4:30 – 7:00 Uhr Zeitungen weg und legt sich dann wieder hin. Deswegen kann ich ihn morgens auch nicht in die Praxis einbestellen, da schläft er noch. Er singt als Bariton in einem Chor. Kürzlich waren sie in Italien, nachdem sie im WDR aufgetreten waren, und sein Chorleiter sagte, »Du kommst mir zur Probe«. Gute Baritone sind selten, das bedeutet, er wird gebraucht in seinem Chor. Die Proben kollidieren nur leider mit seinen Lymphdrainageterminen. Herr J. hat durch den Vorsteherdrüsenkrebs und die Tochtergeschwulste ein dickes Bein, die Lymphe läuft nicht mehr gut ab. Und die Lymphdrainage-Therapeuten legen die Termine immer auf die Zeiten, in denen auch die Chorproben stattfinden. Warum kann der Mann so leben? Wie sieht sein »sense of coherence« aus? Wenn man in seine Biographie schaut, sieht man, dass Herr J., als er fünfzehn Jahre alt war, mit seiner Mutter und seinen beiden Schwestern in das bayrische Dorf zurückkehrte, aus dem sie stammten. Es war Kriegsende, die deutsche Wehrmacht hatte kapituliert, die Amerikaner hielten das Dorf besetzt. Die Mutter ging in das Haus, in dem sie gelebt hatten, und wurde von den Amerikanern vor den Augen der Kinder in die Luft gesprengt, weil man sie für eine Spionin hielt. Jetzt hatte er zwei kleine Schwestern am Hals. Die hat er erst mal großgezogen, dann ist er zu einem großen Autokonzern gegangen. Da wurde er relativ schnell Betriebsrat, hat sich immer wieder eine blutige Nase geholt, weil die Kollegen ihn vorgeschickt haben: »Regele das mal für uns.« Und wenn es Ärger gab, haben sie immer gesagt: »Nö, der war das.« Er ist trotzdem dabei geblieben. Herr J. hat dreimal den Führerschein verloren, weil er ein Alkoholproblem hatte. Er hat in den 70er Jahren gezockt und ziemlich viel Geld verloren. Er hat sich immer wieder aufgerappelt. In seiner Biographie sehen wir ihn als Stehaufmännchen. Diese Fähigkeit



ermöglicht ihm ein Leben mit einem Doppelkarzinom, das schon Tochtergeschwulste in den ganzen Körper gestreut hat, mit drei Löchern im Bauch, bei denen jeder von uns schon bei dem ersten Loch sagen würde, »Ich gebe auf, ich habe keine Hoffnung mehr«. Die Stomatherapeutin für die Anus praeter-Versorgung hat er am zweiten Tag nach Hause geschickt und gesagt, »das kann ich auch alleine, den Beutel da dran kleben«. Und so lebt er gut: mit und trotz zahlreicher chronischer Krankheiten und Diagnosen, mit vielen inneren und äußeren Ressourcen, mit und trotz Chronic care-Modell und ohne Empowerment-Kurs.

### Meine Aufgabe als Hausarzt ist gleichzeitig mein Dilemma

Meine Aufgabe als Hausarzt ist gleichzeitig mein Dilemma: Ich arbeite weiter als Hausarzt, ich müsste mich ja nach meinen vorherigen Ausführungen abschaffen, das tue ich aber nicht. Ich muss Vorsorgeuntersuchungen wie den »Check up 35« und Disease-Management-Programmbetreuung durchführen, denn das ist eine wichtige Einnahmequelle für die Praxis. Und ich stehe auch dazu. Aber ich versuche den Patienten bei den Vorsorgeuntersuchungen möglichst zu sagen »Super, alles in Ordnung« und nicht: »Das spricht für eine Arthrose, wenn Ihr Knie schon knackt.« Ich sage: »Prima, sie sind chronisch gesund, bleiben sie dabei.« Wir nennen das reassurance: Wir versichern den Patienten, dass alles in Ordnung ist, und bestärken sie in ihrem eigenen Gefühl von Gesundheit. Ein weiteres Problem: Ich muss Diagnosen verschlüsseln, ich muss meine Patienten labeln. Wenn ich das nicht leiste, bekomme ich weniger bzw. kein Geld. Die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen wollen die Daten haben, um dann anschließend festzustellen, dass 135 % der deutschen Bevölkerung chronisch krank sind. Also mache ich manchmal etwas, was Ihnen zu Recht die Haare zu Berge stehen lässt: Ich schreibe Diagnosen auf, teile sie aber dem Patienten nicht mit. Natürlich habe ich bei Frau Z. Gonarthrose notiert. Sie hat ja (höchstwahrscheinlich) eine Gonarthrose, ich habe aber nicht mit ihr und sie nicht mit mir über ihre Gonarthrose gesprochen. Die Patientin hat ein Recht auf »Nicht-Wissen«, sie hat aber auch ein Recht auf eine ethisch korrekte Behandlung. Dieses Dilemma kann ich nicht lösen. Chronic care- und Guided care-Modelle haben positive Outcomes; die Frage ist nur: für wen? Also muss ich versuchen, die wenigen chronischen Kranken, die davon profitieren würden, in meiner Praxis zu identifizieren. Und ich muss dringend versuchen, die anderen davon fernzuhalten. Ich muss gesunde chronisch Kranke von den bedürftigen chronisch Kranken unterscheiden. Und ein letztes Dilemma: Ich will und ich muss kooperieren mit anderen Professionellen, insbesondere mit anderen Ärzten; das ist nötig für ein gut funktionierendes Gesundheitssystem. Aber ich versuche bei den Menschen, die sich mir anvertrauen, quartärpräventiv zu arbeiten. Das bedeutet, ich versuche die Patienten zu schützen vor medizinischer Fehlversorgung und insbesondere vor Überversorgung. Patienten kommen oft zu mir und sagen z.B.: »Der



Orthopäde hat gesagt, ich habe Knorpelverschleiß und Arthrose im Knie. Soll ich mir Spritzen ins Knie geben lassen?« Ich antworte: »Nein, da rate ich Ihnen nach dem Stand des Wissens klar von ab. Sie fragen mich nach meiner Meinung, ich sage: Lassen sie das.« »Da bin ich aber froh Herr Doktor, dass sie das so klar sagen.« Ich versuche die Patienten vor dem System zu schützen. Ich bin aber Teil des Systems, das ist das Dilemma, das ich nicht lösen kann. Ich arbeite viel mit älteren und mit multimorbiden Patienten, und ich versuche ihre Autonomie nicht zu verletzen. Das ist – hoffentlich ist das aus den Patientenbeispielen deutlich geworden – gar nicht so einfach. Wenn ich zum Hausbesuch gehe oder wenn sie zu mir in die Sprechstunde kommen, verletze ich bereits ihre Autonomie. Sie brauchen mich, und sie glauben mich zu brauchen. Es kommen viele Patienten in meine Praxis, die das Medizinsystem eben nicht meiden und die regelmäßig die Apothekenrundschau lesen. Die Deutschen sind ja Weltmeister im Zum-Arzt-Gehen. Ich versuche ihnen zu signalisieren, dass sie doch prima ohne mich auskommen: »Sie haben Schnupfen, da kann man nichts gegen machen. Gut, dass wir darüber gesprochen haben –Klammer auf: nächstes Mal kommen sie nicht, Klammer zu – sie wissen ja jetzt, sie kommen prima alleine zu Recht.«

Ich arbeite in meiner Hausarztpraxis aber auch viel mit Leidenden, die Hilfe suchen. Also versuche ich herauszuhören – und jetzt wird es ganz salutogenetisch, ich muss ja trotz Polemik versöhnlich enden zum Schluss meines Vortrages – ich versuche herauszuhören, wie die Menschen ihr Leiden annehmen und wie sie es aus ihrer Biographie heraus verstehen. Ich versuche herauszufühlen, ob ihnen das Kranksein, also der Umgang mit dem Leiden, gelingt, was für Krankheitskonzepte sie haben und welche Krankheitskonzepte ich in dieser individuellen Patient-Arzt-Beziehung habe. Dann versuchen wir eine gemeinsame Haltung zu finden. Ich habe das Glück als Hausarzt, dass ich mit vielen chronisch Kranken eine langzeitliche, kontinuierliche Patientenbeziehung führe, was das Finden einer gemeinsamen Haltung erleichtert.

Aber Sprache bleibt Macht. Es bleibt das sichere Gefühl, vieles stimmt nicht im System. Ich bleibe als Hausarzt pathogen, auch wenn ich mich noch so sehr um eine salutogene Perspektive bemühe. Weil ich Teil des Systems bin, mache ich die Menschen, die zu mir kommen, chronisch krank. ▣

### Prof. Dr. med. Stefan Wilm

Jahrgang 1959, 2 Töchter. Facharzt für Allgemeinmedizin, für Innere Medizin und Klinische Geriatrie. Niedergelassen als Hausarzt in eigener Praxis in Köln. Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin (ifam) der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.



Fotostrecke 1.DachS-Symposium