

## Compliance chronisch Kranker in der Hausarztpraxis

# So machen Patienten auf Dauer besser mit

Gernot Rüter, Thomas Rosemann

**Der langfristige Erfolg der Therapie bei einer chronischen Krankheit wie Diabetes mellitus hängt stark von der Compliance der Patienten ab. Ist die Compliance schlecht, kann es sich lohnen, die Therapie mehr als zuvor an die individuellen Bedürfnisse eines Kranken anzupassen. Dazu gibt es mehrere Ansätze.**

### → Übersicht

- Compliance bei chronisch Kranken – Auswirkungen und Hintergründe
- Alternative Konzepte zur Verbesserung der Compliance
- Erörtern und Abstimmen der Ziele einer Therapie
- Voraussetzungen für eine möglichst erfolgreiche Therapie

Die Compliance eines Patienten mit einer chronischen Krankheit wie Diabetes mellitus bestimmt seine Prognose wesentlich mit. Compliance hängt stark von der Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung ab sowie von der Lebenssituation, den Zielen und aktuellen Bedürfnissen eines Patienten. Bevormundendes (paternalistisches) Verhalten eines Arztes löst Compliance-Probleme nicht. Nach den Kriterien der Evidenz-basierten Medizin mit kontrollierten Studien können zudem zwar allgemeine Therapieempfehlungen erarbeitet werden (s. a. Beitrag ab S. 52), Hausärzte behandeln aber Individuen.

Um gemeinsam einen geeigneten Weg zum Umgang mit einer Krankheit zu finden [1], und so die Compliance zu verbessern, sind die individuellen Gegebenheiten bei Arzt und Patient wichtig. Im Beitrag werden alternative Konzepte zum Umgang mit chronisch Kranken vorgestellt. Die Konzepte orientieren

sich möglichst stark an den jeweiligen Bedürfnissen und Zielen der Patienten und sind somit vitalitätspermissiv.

### Compliance beeinflusst die Sterblichkeit von Diabetikern

Wir wollten wissen, wie Typ-2-Diabetiker in unseren Praxen versorgt sind und ob Verbesserungsbedarf besteht. Unter wissenschaftlicher Begleitung des Deutschen Zentrums für Altersforschung der Universität Heidelberg haben Ärzte der süddeutschen Qualitätszirkel Marbach/Neckar und Künzelsau daher 2001 eine **Querschnittserhebung bei über 1000 Typ-2-Diabetikern** vorgenommen. Die gute Stoffwechseleinstellung der Patienten ließ sich an einem durchschnittlichen HbA<sub>1c</sub>-Wert von 7,1% ablesen. Immerhin 21% der Patienten hatten aber einen Wert von 8% oder schlechter [2]. Folgeuntersuchungen nach ein und drei Jahren ermöglichten weitere Erkenntnisse zur Gesamtsterblichkeit, zu Risikofaktoren für neu aufgetretene kardiovaskuläre Erkrankungen sowie zum Risiko notwendiger stationärer Therapie.

Im Ersterhebungsbogen und auch in der ersten Folge-Untersuchung hatten wir die beteiligten Ärzte gebeten, eine **globale Einschätzung der Patientencompliance** in den Abstufungen sehr gut, gut, eher schlecht oder sehr schlecht abzugeben. Die Complianceeinschätzung als sehr schlecht erwies sich dabei für die Patienten als eigen-

ständiger Prädiktor sowohl für eine schlechte Stoffwechseleinstellung als auch für ein erhöhtes Risiko, innerhalb des Folgejahres zu sterben (Die 1-Jahres-Gesamtsterblichkeit war im Vergleich zu den anders eingeschätzten Patienten um ein Mehrfaches erhöht). Bei der Stoffwechsel-Einstellung, gemessen am HbA<sub>1c</sub>-Wert, waren zudem die jüngeren Patienten zwischen 40 und 60 Jahren insgesamt schlechter als die Älteren [3].

### Compliance wird nicht nur durch Folgsamkeit von Patienten geprägt

Die Begriffe Behandlung oder Einstellung bei Diabetes kennzeichnen schon sprachlich nur unzureichend die Wirklichkeit von Diabetespatienten oder anderen chronisch Kranken. Ein Arzt kann nur behandeln und einstellen, wenn es der Patient zulässt, mitträgt und in seiner Lebensführung umsetzt.

In der scheinbar einfachen Compliance-Einschätzung der Hausärzte in unserer Erhebung spiegelt sich offenbar ein sehr komplexes Erleben der Arzt-Patienten-Beziehung und der Patientenwirklichkeit wider. Bei manchen Patienten scheint es kaum zu gelingen, etwas herzustellen, was wir als „gemeinsame kommunikative Wirklichkeit“ bezeichnen. Vor dem Hintergrund einer sich wandelnden Position der Patienten wird Compliance weniger als Folgsamkeit gesehen, sondern berücksichtigt mehr **das partnerschaftliche Aushandeln von Therapiemaßnahmen** zwischen Patient und Arzt [4]. Dabei rücken Aspekte der Lebensqualität des Patienten und der Aktivierung seiner Ressourcen in den Vordergrund [5].

Für den Umgang mit chronisch Kranken reicht es offenbar nicht aus, nur mit starren Konzepten auf der Basis von Handlungsanweisungen oder Leitlinien zu arbeiten (z. B. Reparaturmodell, Modell der trivialen Maschine). Es ist zu befürchten, dass mit solchen Maßnahmen gerade die gefährdeten Patienten mit schlechter Compliance nicht erreicht werden. Der Behandler muss sich also auf die Suche nach einem individuelleren Umgang mit dem Patienten bege-



**Ob ein Diabetiker sich an die Tipps der Ernährungsberaterin hält, hängt stark von seinem persönlichen Umfeld ab**

ben. Hilfreich kann hier die Fragestellung sein: Wo ist meine eigene Compliance mit diesem Patienten schlecht? So ist die Suche nach Problemlösungen bei sich selbst möglich.

**Konzepte ärztlicher Gruppenarbeit für individuelle Lösungen**

Möglicherweise werden Zugänge zum Patienten leichter gefunden, wenn mehrere Ärzte sich in einer Gruppe mit individuellen Arzt-Patienten-Situationen beschäftigen. Der besondere Vorteil dieses Vorgehens liegt darin, dass eine konkrete Situation, ein konkretes Compliance-Problem, in einer fachkundigen Gruppe reflektiert und diskutiert werden kann. Diese Arbeitsweise lehnt sich an die der Balintgruppen an und kann nach folgenden Konzepten ablaufen:

- der an Leitlinien orientierten **Patienten-Fall-Konferenz nach Siebolds** [6] für die Arbeit mit Diabetikern (mittlerweile ist dieses Vorgehen über die Ärztliche Zentralstelle für Qualität (ÄZQ) auch Konzept der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung),
- der **epikritischen Kasuistik im Konzept der Salutogenese** und

■ der **reflektierten Kasuistik im Konzept der Integrierten Medizin** (Thure von Uexküll und andere) als Instrument für Forschung, Lehre und Behandlung.

**Die Patienten-Fall-Konferenz nach Siebolds**

Bei der Patienten-Fall-Konferenz nach Siebolds gibt es drei Schritte:

**Im ersten Schritt trägt ein Arzt frei vor**, was er aus der Geschichte des betreffenden Patienten und dessen Umfeld im Gedächtnis hat. Besonders emotionale Aspekte zwischen Patient, Umfeld und Arzt sollen hierbei zur Sprache kommen. Die Gruppe tauscht sich über spontane Eindrücke und assoziierte Gefühle aus.

**Im zweiten Schritt wird auf der Basis von Aufzeichnungen** ein möglichst präzises Bild der Krankengeschichte, der getroffenen Maßnahmen, der zeitlichen Abläufe erstellt und eine möglichst genaue Fragestellung formuliert. Dann wird geprüft, ob für die Fragestellung Evidenz-basiertes Wissen vorliegt.

**Drittens wird das Evidenz-basierte Wissen auf den Fall angewandt**, und von der Gruppe werden Vorschläge an den Behandler für die kommunikative Umsetzung mit dem Patienten erarbeitet.

**Die epikritische Kasuistik im Konzept der Salutogenese**

Die kasuistische Arbeit im Konzept der Salutogenese wird als epikritische Kasuistik bezeichnet. Nach Antonovsky [7], welcher den Begriff Salutogenese prägte, **kann ein Mensch trotz Krankheit in gewisser Weise gesund bleiben**, wenn er über etwas verfügt, was Antonovsky als „sense of coherence“ bezeichnete.

Zu diesem Kohärenzgefühl gehören drei Eigenschaften oder Bewusstseinszustände:

- die Menschen müssen die Welt in der sie leben als „begreifbar“ wahrnehmen (comprehensability),
- sie müssen bei sich Kräfte spüren, mit der wahrgenommenen Welt umgehen zu können (manageability) und

■ sie müssen spüren, dass sie der Welt nicht hilflos ausgeliefert sind, sondern eine Bedeutung für den Lauf der Welt besitzen (meaningfulness).

Die **epikritische Kasuistik ist eine Reflexion in Zeitabständen** darüber, wo sich der Patient auf einem gedachten Kontinuum von Gesundheit bis Krankheit (health – ease – disease) befindet. Antonovsky ging es darum, die Polarisierung in gesund und krank zu überwinden und um **die Suche nach Gesundem beim Kranken**. Anlass für eine Reflexion können neue psychische oder somatische Befunde, Störungen der Arzt-Patienten-Beziehung oder andere Veränderungen beim Patienten sein.

Der Arzt kann den Patienten auf diese Veränderungen ansprechen. Ein spezieller Fragebogen, der Fragen zu Krankheits-, Lebens- und Gesundheitsperspektiven enthält, hilft, die aktuelle Patientensituation zu verdeutlichen. Das Ziel dieses ersten Schrittes ist auch hier **eine möglichst konkrete Fragestellung des vortragenden Arztes**.

Der zweite Schritt besteht in der Sammlung (problem-)relevanter Tatsachen. Diese Tatsachen werden nach drei Kriterien geordnet: Gehören sie mehr zur Lebenslage des Patienten (Aspekte seiner Umwelt, die an ihn gerichteten Anforderungen, seine Zeitstruktur, seine ökonomische Situation, Ressourcen); oder gehören sie zum Habitus (Lebensstil, soziale Beziehungen, Körpergebrauch, Gesundheitsverhalten) oder zum aktuellen Status des Patienten (z. B. Allgemeinzustand, Befindlichkeit, psychische Stabilität). Zwischen diesen als statisch zu kennzeichnenden Einschätzungen lassen sich nach dem Salutogenese-Konzept dynamische Größen wie Handlungsfähigkeit, Konfliktfähigkeit und Belastbarkeit darstellen.

Aus diesen Informationen lassen sich Perspektiven entwickeln, die den **Patienten verdeutlichen, welche Möglichkeiten und Stärken sie haben**, und ihnen gangbare Wege bei der Krankheitsbewältigung aufzeigen. Das Kohärenzgefühl eines Patienten kann so gefestigt und seine gesunden Komponenten gestärkt werden.



Die Maler Renoir und Manet haben die selbe Szene im Garten der Familie Monet gesehen; daraus konstruieren sie verschiedene Wirklichkeiten; ebenso können sich Wahrnehmung, Wünsche und Wirklichkeitskonstruktion von Arzt und Patient unterscheiden

**Die reflektierte Kasuistik im Konzept der Integrierten Medizin**

Das Konzept Integrierte Medizin nach Thure von Uexküll u.a. [8] ist am weitesten vom herkömmlichen Arztbild entfernt und muss daher erklärt werden. Das Modell basiert auf der biologischen Erkenntnis, wonach die „Einheit des Überlebens“ nicht das Lebewesen als solches, sondern das Lebewesen in seiner Umwelt ist. Jedes Lebewesen, auch jeder Kranke, lebt nicht nur in einer eigenen Umwelt, sondern konstruiert sich diese individuell passende Umwelt. **Nach diesem Modell sind Krankheiten wie Diabetes Passungsstörungen** zwischen dem betroffenen Organismus und seiner Umwelt. Passungsstörungen können auf allen biologischen Organisationsstufen auftreten (von intrazellulären Regelkreissystemen bis hin zu sozialen Systemen). Der Arzt ist hier nicht unbeteiligter Beobachter und Handelnder, sondern teilnehmender Beobachter, der sich ebenfalls eine Umwelt konstruiert und zudem mit dem Patienten ein Stück gemeinsamer Umwelt bildet. Letzteres wird erkennbar an einer gemeinsamen kommunikativen Wirklichkeit, welche es herzustellen gilt.

**Zeichen als Kommunikationsmittel**  
Kommunikation geschieht durch Zeichen. Gemäß der Zeichen-Lehre (Semi-

otik) gibt es ikonische, indexikalische und symbolische Zeichen. Die Zeichentheorie hat eine lange Tradition in der Philosophie und ist mit den logischen Kategorien, wie sie Aristoteles und Kant formuliert haben, verbunden. Die zwölf Kategorien von Kant reduzierte der Logiker Charles Sanders Peirce im 20. Jahrhundert auf drei Universalkategorien: Erstheit, Zweitheit und Drittheit.

- **Ikonische Zeichen sind die Zeichen der Kategorie der Erstheit.** Erstheit steht für etwas, dessen Sein in sich selbst besteht, das für sich ist ohne Verbundenheit zu einem anderen. Es kann sich dabei z. B. um ein alles ausfüllendes Gefühl von Schmerz oder Glück handeln. Ikonische Zeichen stehen für unterscheidbare Qualitäten.
- **Indexikalische Zeichen stehen für die Kategorie der Zweitheit,** wonach eines mit einem zweiten in gewisser Weise verbunden und hinweisend darauf ist. Diese Zeichen sind die der zeitlichen, räumlichen und kausalen Zusammenhänge, z. B. ein Ikterus als Zeichen einer Leberkrankheit.
- **Symbolische Zeichen stehen für die Drittheit** und kennzeichnen ein Beziehungsfeld zwischen einem Ersten und einem Zweiten. Symbole sind auf sozialer Übereinkunft beruhende konventionelle Zeichen, etwa Sprache und

Schrift. Kommunikation mittels symbolischer Zeichen setzt die Kenntnis eines Codes (z. B. lateinische oder chinesische Schriftzeichen) voraus.

**Ziele der Integrierten Medizin**

Die Bezeichnung Integrierte Medizin steht für das Ziel, den Körper-Seele-Dualismus zu überwinden. **Kommunikation über alle drei Zeichenebenen** ermöglicht den Austausch von Botschaften aus Körper, Seele und Geist. Damit wird auch eine gemeinsame kommunikative Wirklichkeit zwischen Patient und Arzt möglich, die sich zunächst als geheimnisvolle geschlossene Systeme gegenüber stehen.

**Reflektierte Kasuistik als Methode**

Die **reflektierte Kasuistik ist die Arbeitsmethodik der Integrierten Medizin.** Bei der Methode geht man davon aus, dass Krankheit als Passungsstörung zwischen Individuum und Umwelt empfunden wird. Gerade Diabetes mellitus kann sehr leicht als ein solcher Passungsverlust eines System verstanden werden: Bei gegebener Disposition manifestiert sich die Erkrankung als Folge mangelnder körperlicher Aktivität plus Überernährung. Es wird sofort klar, dass eine Fülle von Umweltgegebenheiten, von Familienkonstellationen oder beruflichen

Umfeld in patho- und salutogene Verhaltensmuster einfließen.

Ein Arzt kann ein solches System zum einen durch direkte, paternalistische Intervention beeinflussen. Solche Einflussnahme folgt der Vorstellung vom „offenen System“, dem Denken von „Körper haben“. Dem wird ein Denken von „Körper sein“ oder dem Bild des „geschlossenen Systems“ gegenüber gestellt. Die Einflussnahme im geschlossenen System kann nur über Kommunikation erfolgen.

**Bei der reflektierten Kasuistik wird die Patientenwirklichkeit gegliedert** in die Geschichte

- einer Krankheit. Sie folgt dem Konzept von „Körper haben“ und ist dem „offenen System“ zuzuordnen;
- eines kranken Menschen. Sie folgt dem geschlossenen System oder der Vorstellung von „Körper sein“. Krankheit wird verstanden als Passungsstörung auf und zwischen somatischen, psychischen und sozialen Systemebenen, welche es zu verstehen gilt;
- einer Arzt-Patienten-Beziehung als Geschichte der Kommunikation zwischen zwei „geschlossenen Systemen“. Die therapeutische Einflussnahme erfolgt durch das Herstellen einer gemeinsamen Wirklichkeit, welche das gegenseitige Verstehen der ausgetauschten Zeichen voraussetzt.

### **Therapieziele von Arzt und Patient müssen abgestimmt werden**

Eine weitere Verbreitung der Arbeit in den beschriebenen Gruppen könnte die kommunikative Wirksamkeit von Ärzten erhöhen und so den Patienten helfen. Jedoch ist solches Arbeiten zeitaufwändig und kann nur exemplarisch erfolgen. Eine innere Umstellung beim Arzt und die Integration der in der Gruppe erlernten Art des Denkens ließe aber einen anderen Umgang mit dem Patienten zu.

Allerdings taucht da noch ein weiteres Problem auf, nämlich die Frage, ob die Zielsetzungen der miteinander kommunizierenden überhaupt gleich sind. Ist die Compliance eines Patienten schlecht, ist es sinnvoll, **die Ziele einer**

**Therapie bei Arzt und Patient** zu erörtern. Risikofaktoren- und Endpunkt-orientierte, Evidenz-basierte Medizin **verführt dazu, den Umgang mit Krankheit nur vom Ende her zu sehen**. Für dieses Vorgehen werden medizinische, häufig auch ökonomische Gründe ins Feld geführt. Alle Therapie dient dem Ziel, etwa Herzinfarkte oder Schlaganfälle zu vermeiden und den Tod hinauszuschieben. Das soll nicht in Frage gestellt werden, geht aber als ausschließliche Betrachtungsweise an der Lebenswirklichkeit der Menschen vorbei. Sie interessiert das, was ihre momentane Lebensfreude steigert und ihnen eine zu ihnen passenden Umweltgestaltung ermöglicht. Dies ist oft genug aus der Sicht vom Ende her unvernünftig und gefährdend. Bezogen z. B. auf Diabetiker haben solche Verhaltensweisen häufig erst zur Manifestation des Diabetes geführt. Außer etwa kritisierten Verhaltens wie Überernährung, Rauchen oder Bewegungsmangel kann auch die Übersteigerung sozial erwünschten Verhaltens vom Risikogedanken her verwerflich sein, z. B. Extremsport oder überzogener Arbeitseinsatz.

Die Wünsche eines Patienten, seine derzeitigen privaten und beruflichen Lebensbedürfnisse aktuell vollziehen zu können, kennzeichnen nach H.-G. Gadamer seine Bedürfnisse nach Gesundheit: „Gesundheit ist eben überhaupt nicht ein Sich-Fühlen, sondern ist Da-Sein, In-der-Welt-Sein, Mit-den-Menschen-Sein, von den eigenen Aufgaben des Lebens tätig oder freudig erfüllt sein“ [9]. Bei chronischer Krankheit geht es darum, diese **Wünsche neben die Langzeitperspektiven zu stellen**, nämlich schwere Folgekrankheiten und hohe Kosten zu vermeiden sowie den Tod hinaus zu schieben. Dieser Weg kann nur individuell gefunden werden.

### **Therapieerfolg wird nicht nur an klinischen Werten festgemacht**

Die Ergebnisqualität einer nach den beschriebenen Konzepten vorgenommenen Therapie kann nicht mehr nur an Stoffwechselfparametern, dem Blutdruck oder anderen Risiko-assoziierten

Indizes gemessen werden, sondern auch an dem Maß, in dem ein Patient seine Lebensbedürfnisse verwirklichen kann. Das Interesse der Gesellschaft an Gesundheitsbewahrendem Verhalten des Einzelnen kann im Widerspruch stehen zu dessen aktuellen Lebensbedürfnissen. Die dafür nötige Therapie-Instanz muss ein individuell mit dem Patienten befasster Arzt sein, der in einem Kompetenznetzwerk anderer Ärzte und anderer medizinischer Professionen agiert [10]. Für einen Arzt, der chronisch Kranke behandelt, ist eine vitalitätspermissive Grundhaltung sinnvoll, die Patienten ermuntert und ihnen erlaubt, Dinge zu tun, die ihnen Freude machen. Der behandelnde Arzt sollte aber auch Aspekte einer risikoverminderten Lebensführung und der Evidenz-basierten Medizin in die Therapie einbeziehen.

Literatur und weitere Informationsquellen beim Hauptautor oder unter [www.hausarzt-online.de](http://www.hausarzt-online.de)

Autoren: Dr. med. Thomas Rosemann,  
Dr. med. Gernot Rüter (Hauptautor/  
Korrespondenz), Blumenstraße 11  
71726 Benningen

Mögliche Interessenkonflikte: keine



### **Fazit für die Praxis**

- Schlechte Compliance kann das Sterblichkeitsrisiko von Diabetikern wohl auch kurzfristig erhöhen.
- Die Compliance chronisch Kranker, wie z.B. Typ-2-Diabetiker, hängt stark von der Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation ab.
- Alternative Konzepte zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation wie die Patienten-Fall-Konferenz sowie die epikritische und die reflektierende Kasuistik berücksichtigen stark die individuellen Bedürfnisse und das Umfeld von Patienten.
- Die Bedürfnisse, Wünsche und Ziele chronisch Kranker in Bezug auf eine Therapie weichen oft von den Erwartungen ab, die Evidenz-basierte Medizin und Gesellschaft an eine Therapie stellen. Ärzte, die chronisch Kranke behandeln, sollten dies berücksichtigen und möglichst miteinander in Einklang bringen.