



DESG

Teaching Letter

17

VERBESSERTE LANGZEITBEHANDLUNG CHRONISCHER KRANKHEITEN

Bei der Behandlung chronischer Krankheiten werden Ärzte oft mit den Schwierigkeiten ihrer Patienten bei der Einhaltung der jeweiligen therapeutischen Maßnahmen und ihren eigenen Schwierigkeiten, den Patienten dabei zu helfen, konfrontiert. In zahlreichen Studien wurde nachgewiesen, dass höchstens 50%¹⁻³ aller langfristigen Behandlungsmaßnahmen von Patienten eingehalten werden. Diese Zahl macht die Dimension des Problems deutlich und deckt ein Versäumnis in der Ausbildung von Ärzten eindeutig auf, in der der Schwerpunkt auf der Behandlung akuter Krankheiten liegt.⁴

Rückfälle können in einem Wiederauftreten der Krankheit oder aber in der Nichteinhaltung von Therapieschemata begründet liegen. Obwohl diese beiden Themen in der Praxis eng miteinander verknüpft sind, wird in diesem Artikel lediglich der zweite Punkt, die Schwierigkeiten der Patienten bei der Einhaltung der Therapie, besprochen.

Ärzte sehen einen Rückfall während einer Langzeittherapie in der Regel als Misserfolg der Behandlung an. Für die Patienten bedeutet ein Rückfall aber nicht notwendigerweise, dass sie sich nicht um eine weitere Behandlung bemühen möchten. Für sie bedeutet ein Rückfall vielmehr, dass sie ihrer Behandlung oder den verschiedenen Faktoren, die deren Wirksamkeit ausmachen, nicht genügend Beachtung geschenkt haben.

Von den vielen verschiedenen Strategien, die Ärzten zur Verfügung stehen, um die Patienten-Compliance zu verbessern, sind fünf besonders wichtig und werden im Folgenden genauer erläutert:

- Veränderungen im Verhalten von Patienten verstehen
- Schrittweise Erfolge durch definieren von Etappenzielen
- Anleitung und Unterstützung der Patienten beim Führen eines Tagebuchs
- Identifikation der negativen Gedanken, die Patienten unwillkürlich haben, wenn sie ihre Therapie nicht einhalten
- Ausarbeitung eines Behandlungsvertrags mit dem Patienten

1. Änderung des Verhaltens

Chronische Krankheiten zwingen Patienten dazu, die Anforderungen ihrer Krankheit in den Alltag zu integrieren, indem sie ihre Lebensgewohnheiten und bestimmte Verhaltensweisen ändern.

Prochaska und Di Clemente⁵ haben den Prozess der Änderung von Verhaltensweisen, die mit der Krankheit in Zusammenhang stehen, untersucht und stellten fest, dass Rückfälle eine normale Komponente des Lernprozesses darstellen: «Wir lernen aus unseren Fehlern.»

Die Einbeziehung eines Rückfalls (als Lernprozess) in die Weiterbehandlung eines Patienten durch den Arzt und den Patienten selbst ist nur möglich, wenn die Möglichkeit eines Rückfalls zuvor bespro-

chen wurde. Die meisten Ärzte besprechen die Behandlung mit ihren Patienten lediglich in Hinblick auf einen Erfolg der Therapie. Darum haben Patienten, die einen Rückfall erleiden, automatisch das Gefühl, dass sie «versagt» haben. Sie fühlen sich gleichzeitig schuldig, enttäuscht und verärgert und dramatisieren die Situation nur umso mehr. Wenn die Möglichkeit eines Rückfalls jedoch vorher besprochen wurde, dann wenden sich Patienten in einem solchen Fall vertrauensvoll an ihren Arzt. Der Rückfall wird dann gemeinsam von Arzt und Patient analysiert, und es wird eine neue Behandlungsstrategie ausgearbeitet, um einen weiteren Rückfall zu vermeiden. Auf diese Art und Weise kann ein Rückfall dem Patienten einen wichtigen neuen Anreiz für die Einhaltung des Therapieschemas geben.

Die fünf Stufen der Verhaltensänderung bei Auftreten einer chronischen Krankheit

Nach Prochaska und Di Clemente⁵ verändert sich das Verhalten in der Regel in fünf Schritten:

a) Gleichgültigkeit: «Das ist nicht mein Problem»

Dem Patienten ist seine Krankheit gleichgültig und er ist sich des Problems nicht wirklich bewusst. Die Nachteile einer Veränderung seines Verhaltens überwiegen stark über die Vorteile. «In meiner Familie wurde schon immer gerne mal ein Gläschen getrunken und alle sind mindestens 80 Jahre alt geworden.»

b) Nachdenken: «Es könnte sein, dass...»

In dieser Phase denkt der Patient über die persönlichen Auswirkungen und Konsequenzen einer Veränderung seiner Einstellung nach und wägt die Vor- und Nachteile ab. Er sucht vor allem nach Informationen. «Herr Doktor, glauben Sie, dass meine Bauchschmerzen nachlassen würden, wenn ich aufhören würde zu trinken?»

c) Vorbereitung: «Ich habe entschieden zu...»

Der Patient arbeitet einen Aktionsplan aus. «Ab dem ersten Urlaubstag werde ich aufhören zu trinken.»



d) **Handeln: «Ich mache es.»**

«Seit Beginn meines Urlaubs habe ich nichts mehr getrunken. Ich hoffe, ich kann das weiter durchhalten, wenn ich wieder zu Hause bin.»

e) **Dran bleiben: «Es gelingt mir zwar noch, aber es ist nicht gerade einfach.»**

In dieser letzten Phase ist die Versuchung, zu den alten Gewohnheiten zurückzukehren, sehr groß. Diese Phase kann nur erfolgreich sein, wenn die meisten schwierigen Situationen überwunden werden konnten und wenn der Patient ausreichend Selbstvertrauen entwickelt hat. «Inzwischen kann ich auf eine Party gehen, auf der es alkoholische Getränke gibt, und es macht mir nichts mehr aus, wenn man mich mit einem Glas Orangensaft in der Hand sieht.»

Bevor sie dieses Selbstvertrauen haben, durchlaufen allerdings viele Patienten ein Zwischenstadium, in dem sie versuchen, Risikosituationen zu vermeiden. «Ich muss Einladungen meiner Kollegen, mit ihnen etwas trinken zu gehen, ablehnen, da es zu anstrengend ist, der Versuchung zu widerstehen.»

Die Verhaltensänderung läuft in Stufen ab. Jede einzelne Stufe ist notwendig und keine Stufe wird übersprungen. Ein Rückschritt zur vorhergehenden Stufe kommt jedoch häufig vor (siehe **Abbildung 1**)⁶.

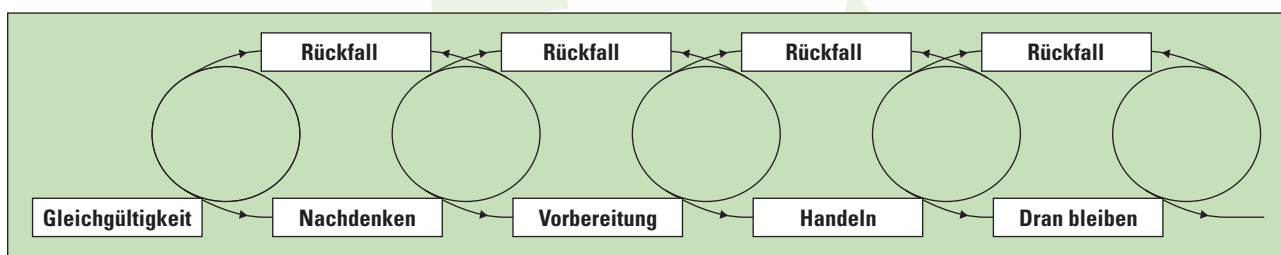


Abbildung 1. Verhaltensänderung Schritt für Schritt

2. Erfolgserlebnisse Schritt für Schritt über Etappenziele

Kletterern wird nicht schwindlig, weil sie nicht in die Tiefe blicken, sondern weil sie sich auf die Griffe und Tritte in der Wand vor ihnen konzentrieren. Dem Schwindelgefühl entspricht im Zusammenhang mit chronischen Krankheiten die Vorstellung, das **ganze Leben lang** eine Behandlung zu brauchen (z.B. Insulin). Den Griffen und Tritten in der Felswand entsprechen kleine, naheliegende Behandlungsziele, die die Patienten von Tag zu Tag einfach erreichen können. Diese Ziele müssen auf die Fähigkeiten und Möglichkeiten eines jeden Patienten abgestimmt werden.

Guilbert⁷ beschreibt festgelegte Ziele innerhalb einer täglichen Routine. Diese Ziele müssen realistisch, sich langsam steigernd, erreichbar, leicht messbar und naheliegend sein. Patienten haben nur eine Chance, sich neue Verhaltensweisen anzugewöhnen, wenn sie kleine Schritte auf Ziele zu machen, die innerhalb ihrer Reichweite liegen. Zu Beginn dieses Prozesses sind Erfolgserlebnisse wichtiger als die Ziele selbst. Erfolgserlebnisse helfen Patienten dabei, die eigenen Möglichkeiten zu erfahren, um nach und nach schwierigere Ziele zu erreichen. Wenn die einzelnen Ziele dann addiert werden, hat der Patient sein Verhalten verändert.

Aufgabe des Arztes ist es, die Bemühungen des Patienten anzuerkennen, indem er unterstreicht, wie wichtig das Erreichen dieser

kleinen Ziele und Aufgaben ist. Die Aufgabe des Arztes ist also ähnlich der eines Lehrers, der versucht, seine Schüler zu motivieren. Dies erklärt die Notwendigkeit für eine kontinuierliche Bewertung der Zielparame-ter und deren Erreichbarkeit durch den Patienten. Dies trägt nicht nur zur Behandlung der Krankheit an sich bei, sondern prüft auch Fähigkeit des Patienten, Eigenverantwortung zu übernehmen.

3. Patiententagebuch

Das **Patiententagebuch** ist ein wichtiges Hilfsmittel für Arzt und Patient für die Verlaufskontrolle der chronischen Krankheit und ihrer Behandlung. Es deckt die folgenden vier Bereiche ab:

a) **Beschreibung der Krankheit**

- **Das Patiententagebuch beschreibt Symptome** und ihre Besonderheiten (Häufigkeit des Auftretens, Dauer, Schweregrad, Auswirkungen, auslösende Faktoren usw.).

- **Der Patient lernt**, die Symptome und sein Verhalten zu **beobachten**.

b) **Mentale Unterstützung für den Patienten**

- **Es unterstreicht die positiven Aspekte**, z.B. bietet es die Möglichkeit, den Patienten dafür zu loben, dass er ein Tagebuch führt

und in der Lage ist, die Inhalte zu besprechen. Das Augenmerk kann auf die Wirksamkeit der Behandlung und das gute Ansprechen gelenkt werden. Eine solche positive Bestärkung fördert das Selbstvertrauen des Patienten.

- **Es bestärkt den Patienten, indem es ihm eine aktive Rolle** bei der Behandlung zukommen lässt, vorausgesetzt, dass die Ziele auf die jeweiligen Fähigkeiten und Möglichkeiten des Patienten zugeschnitten sind. Ein Patient muss ausreichend Vertrauen in seine Fähigkeiten haben, bevor er eine aktive Rolle übernehmen kann. Das Erreichen eines Ziels stellt eine positive Bestärkung dar.

- **Das Verantwortungsbewusstsein des Patienten wird verstärkt**, indem ihm eine leicht durchführbare und sinnvolle Aufgaben gegeben wird. Anmerkungen des Patienten sind nötig, um die Behandlung auf ihn anpassen zu können. Es muss verhindert werden, dass die Krankheit als etwas angesehen wird, auf das der Patient nicht einwirken kann und das sich außerhalb seiner Kontrolle befindet.

- **Es deckt unwillkürliche Verhaltensmuster auf**, die dem Patienten nicht bewusst sind.

c) **Hilfe bei der Beurteilung der Krankheit**

- **Das Patiententagebuch ermöglicht eine Beurteilung des Krankheitsverlaufs** durch den Vergleich der Symptome vor, während und nach der Therapie.

- **Es ermöglicht eine Analyse der Reaktionen des Patienten auf die Symptome.**

- **Es zeigt Fortschritte auf.**

- **Es ermöglicht eine Überwachung des Patienten und der jeweiligen Therapie bei jedem Arztbesuch.**



d) Förderung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient

- *Es lässt eine Partnerschaft zwischen Arzt und Patient entstehen.*
Der Patient beobachtet und notiert, der Arzt hilft bei der Lösungsfindung.
- *Es führt zu einem Dialog, der von den eigenen Erfahrungen des Patienten gesteuert wird.*

Prüfung des Tagebuchs bei jedem Arztbesuch

Ärzte, die ihren Patienten vorschlagen, ein Tagebuch zu führen, müssen dieses bei jedem Arztbesuch des Patienten kontrollieren. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Patienten ihr Tagebuch so gut wie nie von selbst vorzeigen, wenn sie nicht darum gebeten werden. Man kann dies als eine Art Prüfung des Arztes verstehen, bei der der Patient versucht zu testen, wie groß das Interesse des Arztes an seinem Fall tatsächlich ist. Wenn der Arzt das Tagebuch nicht sehen möchte, wird dies vom Patienten als eine Art Versagen des Arztes angesehen.

Es gibt jedoch Grenzen für ein Patiententagebuch. Es können Probleme entstehen, die mit der Sprache, der Bildung, dem Alphabetisierungsgrad und der Sehkraft des Patienten zusammenhängen. Einige Patienten fühlen sich durch ein solches Tagebuch an ihre Schulzeit erinnert. Patienten, die nicht gut in der Schule waren, werden wahrscheinlich nicht bereit sein, sich mit etwas zu beschäftigen, das für sie wie Hausaufgaben aussieht. Die Erfahrung hat außerdem gezeigt, dass Probleme bei der Einhaltung von Therapieschemata manchmal auf das Führen des Tagebuchs übertragen werden, indem Eintragungen vergessen oder verweigert werden, womit der Arzt mit den selben Schwierigkeiten bei der Definition von Problemen konfrontiert wird, denen sich der Patient selbst gegenüber sieht.

4. Unwillkürliche negative Gedanken, die die Compliance beeinträchtigen

Ein übergewichtiger Diabetiker mit Bluthochdruck, der dringend abnehmen muss, reagiert häufig negativ auf Schwierigkeiten bei der Einhaltung seiner Diät. Eine typische Reaktion ist das, was Wahrnehmungspsychologen «unwillkürliche negative Gedanken» nennen.⁷ Nach der Wahrnehmungstheorie⁸ entstehen Gefühle folgendermaßen: Ein Ereignis tritt ein, es wird wahrgenommen und wird dann mit Hilfe der psychologischen Muster im Gehirn gefiltert und zu Gedanken verarbeitet, die wiederum Gefühle hervorrufen. Dieser Prozess aus unbewussten und unwillkürlichen Gedanken löst Reaktionen aus, die sich in der Regel in bestimmten Verhaltensweisen äußern. Unwillkürliche negative Gedanken entstehen, wenn der «psychologische Interpretationsrahmen» für einen bestimmten Zusammenhang unangemessene Interpretationen enthält.

Eine Methode zur Behandlung von Suchterkrankungen besteht darin, den Patienten beizubringen, diese Gedanken zu erkennen, zu überprüfen, ob sie plausibel sind, und sie anschließend durch objektive Gedanken zu ersetzen.⁹ Diese Verhaltensmuster können den Umgang mit Rückfällen bei der Langzeitbehandlung von chronischen Krankheiten sehr positiv beeinflussen.

Unwillkürliche negative Gedanken sind unausgesprochene, implizite Postulate, die größtenteils unbewusst sind und dem Patienten gegenüber gnadenlos: «Ich bin nur so, weil...», «Ich muss...», «Anderer Leute sind...», «So ist es eben.»

Ein Arzt kann einen Patienten, der immer dieselben Schwierigkeiten hat, die Therapie einzuhalten, z.B. fragen, was er denkt oder empfin-

det, wenn die Schwierigkeiten auftreten. Erst wenn dem Patienten diese unwillkürlichen und häufig fatalistischen Gedanken (**Abbildung 2**) bewusst werden, kann geprüft werden, ob sie plausibel sind. Anschließend kann der Arzt den Patienten bitten, diese Gedanken zu identifizieren, sobald sie auftreten, um sie durch objektivere, neutralere oder positivere Gedanken zu ersetzen.

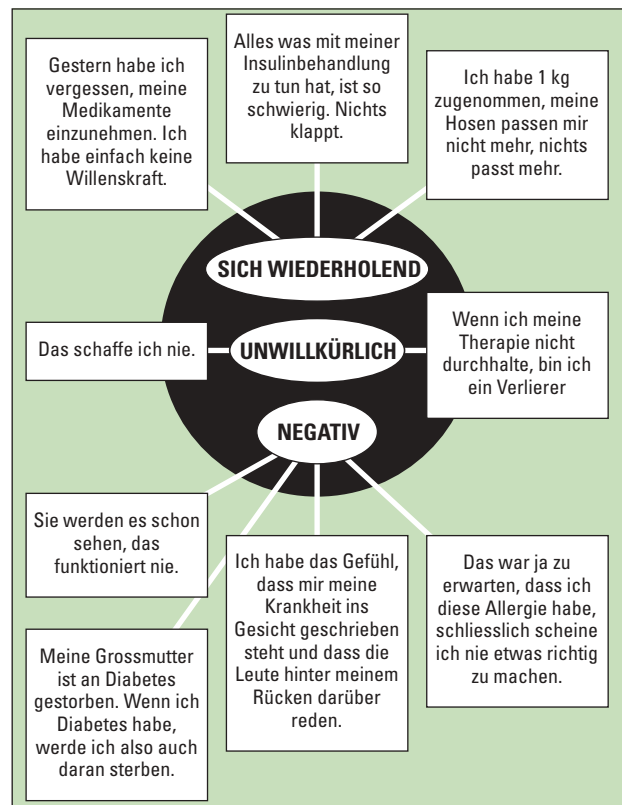
5. Der Behandlungsvertrag

In unserer Gesellschaft hat jeder regelmäßig die Gelegenheit, Verträge abzuschließen, die verschiedene Aspekte des Lebens regeln. Mit der Unterzeichnung eines Vertrags verpflichtet man sich einer oder mehreren Personen gegenüber, bestimmte Dinge zu tun oder zu unterlassen.

Wenn ein Vertrag erwähnt wird, fürchtet sich jeder sofort unwillkürlich vor möglichen Fallen, also vor dem Kleingedruckten in der Fußnote, das häufig aus unverständlichen Begriffen und Formulierungen besteht. Im eigentlichen Sinne ist ein Vertrag aber eine gegenseitige Verpflichtungserklärung, in der die Mittel und Verfahren festgelegt werden, die verwendet werden sollen, um ein gemeinsames Ziel zu erreichen, und mit denen sich beide Parteien einverstanden erklärt haben.

Verträge können nützliche Hilfsmittel bei der Langzeitbehandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen sein. Es ist jedoch sehr wichtig festzustellen, dass Verstöße gegen eine Vertragsklausel bzw. Vertragsbrüche bei Verträgen zwischen Arzt und Patient niemals bestraft werden. Im Gegenteil, Verstöße gegen den Vertrag werden als Grundlage für Diskussionen verwendet, und Arzt und Patient bemühen sich, zu verstehen, warum es zu einem Vertragsbruch gekommen ist und wie der Vertrag entsprechend verändert werden sollte.

Abbildung 2. Unwillkürliche, negative Gedanken, die die Compliance beeinträchtigen





Für Verträge zwischen Arzt und Patient bei der Langzeitbehandlung **chronischer** Erkrankungen gelten folgende Regeln:

- Das (langfristige) gemeinsame Ziel der Behandlung wird ausgehandelt und klar definiert. Anschließend können die kurzfristigen Ziele besprochen werden.
- Arzt und Patient vereinbaren, sich regelmäßig zu treffen (Ort, Häufigkeit und Dauer der einzelnen Arztbesuche sind festzulegen).
- Die Inhalte des Arztbesuchs werden festgelegt: Zusätzlich zur kurzfristigen Krankengeschichte und den medizinischen Untersuchungen wird Zeit eingeplant, um Schwierigkeiten bei der Therapie zu besprechen.
- Beide Vertragsparteien haben bestimmte Verpflichtungen:

Der Patient nimmt die verordneten Medikamente so gut er kann ein, notiert Probleme und vergessene Einnahmen, damit sie beim nächsten Arztbesuch diskutiert werden können, **beschreibt** unwillkürliche negative Gedanken, die er hat, wenn er einen Fehler macht, **führt** ein Tagebuch, wenn möglich (z.B. ein Diabetikertagebuch), und übt die Durchführung von Kontrolluntersuchungen zu Hause (z.B. Blutzucker, Peak Flow usw.)

Der Arzt hört dem Patienten **zu**, geht das Tagebuch mit ihm durch, **hilft** ihm bei der Ausarbeitung von Strategien zur Verbesserung seiner Compliance und **überprüft**, ob der Patient verstanden hat, worauf es bei der Behandlung ankommt, indem er Beispiele möglicher Situationen verwendet, passt die Therapie, wenn möglich, basierend auf den Gesprächen mit dem Patienten an, **ordnet**, wenn nötig, weitere Untersuchungen an, **erklärt** dem Patienten die Untersuchungsergebnisse und bespricht mögliche Auswirkungen mit ihm und **macht** Termine für weitere Untersuchungen aus, die eventuell helfen, die weiteren Behandlungsziele festzulegen.

- Der Vertrag kann jederzeit geändert werden.
- Mögliche Probleme werden besprochen: Was hat der Patient zu tun, wenn er einen Termin nicht einhalten kann? Was hat der Arzt zu tun, wenn der Patient einen Termin nicht einhält, z.B. anrufen, schriftlich einen neuen Termin vereinbaren, den geplanten Besuch berechnen, die Nichteinhaltung des Termins als Vertragsbruch behandeln?

Der Behandlungsvertrag ist ein Hilfsmittel, das Arzt und Patienten klarere Verpflichtungen auferlegt und ihnen zu mehr gegenseitigem Respekt und Vertrauen verhilft. Der Patient erhält durch einen solchen Vertrag eine aktive und verantwortungsvolle Rolle. Der Vertrag muss zeitlich begrenzt sein und in regelmäßigen Abständen neu ausgehandelt werden.^{10,11}

Sollte ein Behandlungsvertrag mündlich oder schriftlich abgeschlossen werden?

Bei einem **schriftlichen Vertrag** liegen beiden Parteien die Vereinbarungen schwarz auf weiß vor und sie können sich jederzeit darauf beziehen. Ein schriftlicher Vertrag ist eindeutig und transparent. Andererseits ist er aber auch restriktiver und erscheint eventuell strenger als ein mündlicher Vertrag.

Ein **mündlicher Vertrag** ist vielleicht besser geeignet für einen Langzeitkranken. Er liegt nicht schwarz auf weiß vor und kann einfacher

an verschiedene Ereignisse angepasst werden. Andererseits können bei einem mündlichen Vertrag leichter Missverständnisse auftreten und er ist weniger verbindlich.

Die Entscheidung, ob ein schriftlicher oder ein mündlicher Vertrag abgeschlossen werden sollte, hängt also immer von der Situation ab und von den Komponenten Arzt, Patient und Krankheit. In jedem Fall ist es bei mündlichen Verträgen aber ratsam, die wichtigsten Klauseln in der Patientenakte festzuhalten, um Missverständnisse zu vermeiden, die das beginnende Vertrauen, das der Arzt durch den Abschluss eines Vertrags ja gerade schaffen wollte, zerstören könnten.

Zusammenfassung

Weder im vorklinischen noch im klinischen Stadium ihrer Ausbildung werden Ärzte in der Behandlung chronischer Krankheiten ausgebildet. Angesichts der Tatsache, dass mindestens 50 % aller Patienten Probleme bei der Einhaltung ihres Therapieschemas haben, sollten sich Ärzte verpflichtet fühlen, den Umgang mit Schwierigkeiten bei der Langzeitbehandlung chronischer Erkrankungen zu lernen. Die verschiedenen Strategien, die in diesem Artikel beschrieben werden, stellen Hilfsmittel dar, die Ärzte dabei unterstützen können, Qualität und Wirksamkeit der Behandlung und die Beziehung zwischen Arzt und Patient zu verbessern.

Die Informationsblätter der DESG

Diese Reihe von Informationsblättern für Ärzte und andere Mitarbeiter des Gesundheitswesens, die mit der täglichen Behandlung von Diabetikern zu tun haben, wurde von der Diabetes Education Study Group (DESG) der European Association for the Study of Diabetes (EASD) mithilfe eines Fonds für gesundheitliche Aufklärung der Groupe de Recherche Servier ausgearbeitet.

Referenzen

- House WC, Pendleton L, Parker L. Patients' versus physicians' attributions of reasons for diabetic patients' noncompliance with diet. *Diabetes Care*. 1986;4:434.
- Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. *Compliance in Health Care*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press; 1979.
- Gilloz PJ. *La compliance en gériatrie. Moyen d'investigation simple à l'usage du praticien*. Geneva, Switzerland; 1983. Thesis.
- Assal JP. Le traitement des maladies de longue durée: du passage de l'aigu au stade de la chronicité. In: *Encycl Méd Chir Paris*. France: Elsevier; 1996:25-005-A-10.
- Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. In: Becker DM, et al, ed. *Health Behavior Research in Minority Populations: Access, Design, and Implementation*. NIH Publication no 92-2965;1992.
- Basler HD. Patient education with reference to the process of behavioral change. In: Assal JP, Golay A, Visser AP, eds. *New Trends in Patient Education. A Trans-cultural and Inter-Disease Approach*. Int Cong Series 1076. Amsterdam, the Netherlands: Elsevier; 1995:93-98.
- Guilbert JJ. *Guide pédagogique pour les personnels de santé*. Geneva, Switzerland: WHO. Publication offset no 35.1982.
- Cottraux J. *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris, France: Masson; 1995.
- Monti P, et al. *Treating Alcohol Dependence. A coping Skills Training Guide*. New York, NY: The Guildford Press; 1989.
- Schneider PB. *Propédeutique d'une psychothérapie*. Paris, France: Payot; 1976:69-80.
- Ambrosi J. Du constat du patient au contrat thérapeutique. In: *La gestalt thérapie revisitée*. Paris, France: Privat, sciences de l'homme; ISBN 2-1984:7424-6;51-60.

