



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT



Gesagt ist nicht getan

Adherence
Arzt und Patient in
gemeinsamer Verantwortung

VORSTELLUNG DER PREISTRÄGER



Berliner
Gesundheitspreis
2008

VORWORT

Gesagt, getan: So gelingt Adherence
von Herbert Reichelt 3

WISSENSCHAFT

Adherence: Therapietreue neu gedacht
Das Ende der Folgsamkeit
von Norbert Schmacke 4

1. PREIS – ARRIBA
Entscheidungshilfe für Ärzte und Patienten
Punkt, Punkt, Komma, Strich 6

2. PREIS – ADHERENCE-THERAPIE
Psychotherapeutische Kurzintervention
Ein dünner Schutzfilm im Alltag
von Jörn Hons 8

EHRENPREIS – FIXPUNKT

Modernes Wundmanagement
Zu jeder Wunde gehört ein Mensch 11

ANERKENNUNGSPREISE

Ärztliche Gesprächsführung
Der Nächste, bitte! 12

Therapietreue bei Brustkrebs
Gezielte Hilfe an kritischen Punkten 12

INTERVIEW

»Entscheidend ist der Patientenwille«
Interview mit Günther Egidi 13

IN DER ENGEREN WAHL

Die nominierten Projekte 14

■ **Adherence** oder Adhärenz bezeichnet das Ausmaß, in dem das Verhalten eines Patienten mit den Behandlungszielen und -wegen übereinstimmt, die er zuvor mit dem Arzt gemeinsam beschlossen hat. Der Begriff Adherence trägt dem veränderten Rollenverständnis zwischen Arzt und Patient Rechnung, indem er eine partnerschaftliche Verständigung über Art und Umfang der Therapie voraussetzt und den Patienten eine aktive und eigenverantwortliche Rolle in der Therapie zubilligt. Der Begriff ersetzt zunehmend den älteren Begriff Compliance, dem eine asymmetrische Arzt-Patienten-Beziehung zugrunde liegt.

■ **Compliance** bedeutet schlicht „Folgsamkeit“. Üblicherweise wird mit diesem Begriff die Bereitschaft eines Patienten bezeichnet, ärztliche Anweisungen, beispielsweise bei der Medikamenteneinnahme oder dem Einhalten einer Diät, konsequent zu befolgen. Bei dieser Betrachtungsweise wird dem Patienten die alleinige Verantwortung für den Behandlungserfolg aufgebürdet.

■ **Concordance** (Konkordanz) beschreibt nicht das Verhalten des Patienten, sondern die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Der Begriff bezeichnet eine Übereinkunft zwischen Arzt und Patient darüber, ob und in welcher Weise eine Therapie durchge-

führt wird. Ein wesentliches Element der Concordance ist die ausdrückliche Zustimmung des Patienten zu den ärztlichen Empfehlungen.

■ **Intelligente Non-Compliance** liegt vor, wenn ein Patient aufgrund rationaler Überlegungen bewusst gegen eine ärztliche Verordnung verstößt, indem er etwa ein Medikament wegen auftretender Nebenwirkungen oder ausbleibender Therapieerfolge absetzt und so möglicherweise sogar Schaden von sich abwendet.

■ **Outcome** bezeichnet im medizinischen Sprachgebrauch das anhand von Zielgrößen oder Endpunkten objektiv messbare Ergebnis, das durch eine präventive Maßnahme oder Therapie erreicht wurde.

■ **Shared Decision Making** (SDM) ist ein Modell der partnerschaftlichen Entscheidungsfindung, bei dem Arzt und Patient in einem intensiven Diskurs, in gemeinsamer Verantwortung und im gegenseitigen Einvernehmen Therapieziele und Behandlungswege definieren und vereinbaren. Im Rahmen der partnerschaftlichen Entscheidungsfindung kommt dem Arzt die Rolle eines Experten für das Wissen zu, das er dem Patienten in verständlicher Form darlegen muss. Der Patient wird als gleichberechtigter Experte für die eigenen Präferenzen anerkannt.

Die Jury

Dr. med. Günter Egidi, Facharzt für Allgemeinmedizin, Hausarzt in Bremen, Preisträger des Berliner Gesundheitspreises 2004

Dr. med. Hans Georg Faust, CDU-Bundestagsabgeordneter und stellvertretender Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages

Dr. med. Leonard Hansen, Vorsitzender des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Dr. rer. pol. Volker Hansen, alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates der AOK Berlin

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin

Helga Kühn-Mengel, Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten

Wolfgang Metschurat, alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates der AOK Berlin

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke, Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung an der Universität Bremen

Fritz Schösser, alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates des AOK-Bundesverbandes

Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes, Facharzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapie am Institut für Allgemeinmedizin der Charité Berlin

Dr. med. Marlies Volkmer, SPD-Bundestagsabgeordnete, Mitglied im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages

Grund zur Freude hatten Gewinner, Initiatoren und Laudatoren bei der Verleihung des Berliner Gesundheitspreises 2008: Bereits zum siebten Mal zeichneten der AOK-Bundesverband, die Ärztekammer Berlin und die AOK Berlin zukunftsweisende Modelle für eine bessere Versorgung von Patienten mit dem mit insgesamt 50.000 Euro Preisgeld dotierten Innovationspreis aus.

BERLINER GESUNDHEITSPREIS 2008

Gesagt, getan: So gelingt Adherence

Wenn Arzt und Patient gemeinsam über die Behandlung entscheiden, wächst die Therapietreue und damit der Behandlungserfolg. Mit dem Berliner Gesundheitspreis 2008 wurden darum Projekte ausgezeichnet, die die Patienten besonders intensiv in die Therapieentscheidungen einbeziehen.

Die Gesundheitspolitik hat in diesem Jahrzehnt viel dazu beigetragen, dass die Bedürfnisse der Patienten besser berücksichtigt werden. Die Rahmenbedingungen für die Patienten sind besser geworden. Aber ist der Versorgungsalltag in den Praxen und Kliniken dem auch „gefolgt“? Ist es schon gelebte Praxis, dass Ärzte den Patienten ihre fachliche Einschätzung verständlich erklären? Fragen sie den Patienten nach seiner Sicht der Dinge? Entsteht daraus ein Dialog, der zu gemeinsam vereinbarten Untersuchungs- und Behandlungszielen führt? Diese Fragen verdeutlichen die Unterschiede zwischen dem geläufigen Begriff „Compliance“ und dem weniger bekannten „Adherence“-Ansatz. Während beim Compliance-Begriff das „Befolgen“ oder das „Nicht-Befolgen“ im Vordergrund steht, betont Adherence die Bedeutung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient und fordert mehr Verständnis für die Sichtweise des Patienten.

Natürlich prägen „antiquierte Befehlsmuster“ nicht mehr durchgängig die Arzt-Patienten-Beziehung. Doch noch immer erkennen zu wenig Ärzte und Therapeuten, wie entscheidend die partnerschaftliche Kommunikation mit ihren Patienten und gemeinsam vereinbarte Therapieziele für den Behandlungserfolg sind. Weil das so ist, wollten wir mit dem Berliner Gesund-

heitspreis 2008 dazu beitragen, dass dem Thema „Adherence“ ein größeres Augenmerk zukommt. Wir haben nach praxiserprobten Ideen gesucht, die von und mit den Beteiligten im Therapieprozess entwickelt wurden, Projekte und Konzepte, die den Patienten befähigen und dabei unterstützen, sich aktiv in den Behandlungsprozess einzubringen. Die eingereichten Wettbewerbsbeiträge zeigen, dass es erfolgreiche Ansätze gibt, die den Adherence-Gedanken ernst nehmen und in ganz unterschiedlichen Versorgungssituationen anwenden. Die Jury des Berliner Gesundheitspreises hat aus den über 60 Bewerbungen fünf beispielhafte Projekte ausgewählt.

Ich bin optimistisch, dass die Gewinner des Berliner Gesundheitspreises 2008 und andere Wettbewerbsbeiträge viele Nachahmer finden und die Grundgedanken von Adherence zukünftig die Beziehung zwischen Arzt und Patienten prägen werden.



Dr. Herbert Reichelt
Geschäftsführender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes

ADHERENCE: THERAPIETREUE NEU GEDACHT

Das Ende der Folgsamkeit

Patienten befolgen ärztliche Ratschläge oft entweder gar nicht oder zumindest nicht auf Dauer. Ein neuer Ansatz im Umgang mit den Patienten soll für mehr Therapietreue sorgen. Was sich hinter Adherence verbirgt, erklärt **Norbert Schmacke**.

Am Problem mangelnder Therapietreue hat sich über Jahrzehnte die sogenannte Compliance-Forschung abgearbeitet. Compliance heißt schlicht »Folgsamkeit«: Patienten sollen mehr oder weniger kunstvoll dazu überredet werden, zu gehorchen. Eigentlich sagt schon der gesunde Menschenverstand, dass das nicht funktionieren kann. Im schlimmsten Fall wird den Kranken so die Schuld am Misslingen von Behandlungen und der Vergeudung von Mitteln zugeschoben.

Non-Compliance erfordert Umdenken. Sozialwissenschaften und Psychologie haben lange um Verständnis für die Gründe fehlender Compliance geworben; die Medizin hat lange weggelächelt. Nun taucht ein neuer, etwas spröde klingender Begriff

auf: Adhärenz. Damit ist etwas prinzipiell anderes gemeint als schlichte Folgsamkeit. Am Beginn der Adhärenz-Debatte steht das Eingeständnis, dass neue Wege in der Verständigung über Behandlungsziele und -wege beschritten werden müssen. Denn: Sinnvolle Behandlungsansätze nützen nichts, wenn sie nicht umgesetzt werden. Schon vor zehn Jahren gab es Schätzungen, dass diese Form von Vergeudung in der gesetzlichen Krankenversicherung bis zu zehn Milliarden Euro jährlich kostet.

Eine neue Philosophie. Einen wichtigen Anstoß lieferte die Weltgesundheitsorganisation im Jahre 2003 mit ihrem Bericht »Adherence to long term therapy«, in dem es frei übersetzt heißt: »Adhärenz bezeichnet das Ausmaß, in dem das Verhalten einer Person, verordnete Arzneimittel einzunehmen, Ernährungsempfehlungen zu folgen und/oder den eigenen Lebensstil zu ändern, mit wissenschaftlich fundierten Empfehlungen von Behandlern übereinstimmt.«

Die neue Philosophie lautet: Ärzte, Pfleger und andere Fachkräfte in der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung erläutern den Patientinnen und Patienten ihre fachlich begründete Sicht der Dinge – und erfragen zugleich deren Meinung. Im Idealfall entsteht aus diesem Dialog eine Vereinbarung über Untersuchungs- und Behandlungsziele, die bei längerem Krankheitsverlauf immer wieder angepasst werden kann.

Wie sehen ganz konkrete Bausteine des neuen Adhärenz-Modells aus?

- Es beginnt damit, dass die Therapeuten Interesse an den Meinungen und Wertvorstellungen der Patienten zeigen. Ärzte können (und müssen) Experten in Sachen Diagnostik und Therapie sein, aber nur der Kranke ist Experte seiner Lebensführung. Professionelles Handeln, also auch Therapieempfehlungen, bleibt der besten vorhandenen Evidenz verpflichtet; die professionellen Helfer müssen sich aber stärker fragen, wie sie die Patienten dabei unterstützen können, sinnvolle Behandlungsziele in ihren Alltag aufzunehmen.
- Es geht weiter darum, sich um die Verständlichkeit medizinischer Botschaften Gedanken zu machen. Eine reine Wissensvermittlung ohne Berücksichtigung der emotionalen Seite

Ärztliche Fragen, die helfen könnten, mehr Adhärenz zu erzeugen

Die Erwartungen des Patienten klären

- Was, hoffen Sie, kann ich heute für Sie tun?
- Sie haben ja schon Erfahrungen mit Ärzten – was denken Sie, wie Sie am besten klarkommen?

Unterschiedliche Bewertungen ansprechen

- Ich finde es schwierig fortzufahren, wenn ich weiß, dass Sie eine andere Sicht der Situation haben als ich.
- Ich frage mich, ob wir so gut zusammenarbeiten wie es vielleicht möglich wäre.
- Gibt es irgendetwas an diesem Punkt, was ich tun könnte, damit wir besser zusammenarbeiten?

Empathie und Verständnis ausdrücken

- Das muss sehr schwierig für Sie sein. Das tut mir leid.
- Es fällt Ihnen offenbar schwer, darüber zu sprechen. Kann ich es irgendwie einfacher für Sie machen?

Über eine Diagnose sprechen

- Ich habe jetzt eine Erklärung dafür gefunden, was das Problem ist (Vorstellen der ärztlichen Diagnose). Wie passt das zu dem, was Sie bisher darüber gedacht haben?

Nach Mary S. Stone und Sheryl L. Bronkesh: »Meshing patient and physician goals«, 1998 (www.hanngroup.com/info/compl/compl.html) – Übersetzung durch den Autor.

des Patienten führt oft nicht weiter. Hier sind Kompetenzen in Gesprächsführung und Kommunikation erforderlich.

- Stimmen die ärztliche und die Patientenperspektive nicht überein, dann geht es nicht darum, den Patienten zu überreden, sondern darum, ihn besser zu verstehen. Können die Vorbehalte nicht aus dem Weg geräumt werden, ist seine Haltung zu akzeptieren, wenn nicht eine (krankheitsbedingte) Einschränkung des Beurteilungsvermögens mit massiver Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt.

Das alles gilt für wohl begründete ärztliche Empfehlungen. Gelegentlich stimmt aber auch die Erfahrung, schlecht beraten worden zu sein, die Patienten skeptisch. Adhärenz hat nicht nur etwas mit Unterversorgung zu tun, etwa wenn Infarktpatienten nicht die aus ärztlicher Sicht notwendigen Medikamente einnehmen. Bei Über- und Fehlversorgung, etwa den zum Teil grotesk anmutenden Mehrfach-Verschreibungen für alte Menschen, kann fehlende Folgsamkeit sogar nützlich sein. Die Bedeutung des Adhärenz-Konzeptes wird noch klarer, wenn man sich vergegenwärtigt, dass es bei akuten wie chronischen Erkrankungen keineswegs immer nur den einen Königsweg der Behandlung gibt. Werden Patienten nicht sorgfältig über den jeweiligen Nutzen unterschiedlicher Wege informiert

und erfahren auf anderen Wegen von Alternativen, kann dies ihre Skepsis gegenüber fachlich begründeten Ratschlägen steigern. Auch ist es keineswegs zwingend, dass Therapeuten und Patienten den Nutzen einer Behandlung gleich bewerten.

Sehr neu und sehr aufregend. Gelegentlich wird in Publikationen der Begriff »Adhärenz« nur gewählt, weil »Compliance« in Verruf geraten ist. Wenn Adhärenz aber im Dreiklang von Erfragen der Patientenperspektive, Suche nach Verständlichkeit und emotionaler Akzeptanz sowie Respekt vor der Haltung des Patienten verstanden wird, dann ist dieses Konzept immer noch sehr neu und sehr aufregend.

Übrigens: Auch die Forschung muss ihre Hausaufgaben noch besser machen und Adhärenz für unterschiedliche Bereiche der Versorgung gut definieren. Der Berliner Gesundheitspreis ist ein Signal, dem Thema einer gelingenden Kommunikation in der Versorgung auf dem Boden des vorhandenen Wissens und Könnens zu höherer Aufmerksamkeit zu verhelfen. ■

Professor Dr. Norbert Schmacke lehrt am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen und leitet die dortige Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung.

»Das Wissen über Erkrankungen muss verbessert werden.«

Viele Patienten halten sich nicht an die Empfehlungen ihres Arztes. Welche Folgen hat das für das Gesundheitssystem?

Wenn ärztlich verordnete Medikamente nicht eingenommen werden, kann das den Genesungsprozess verzögern, mitunter auch eine Erkrankung verschlimmern. Manche Patienten halten sich nicht an die Empfehlungen des Arztes, weil sie vom Arzt oder Apotheker nicht richtig aufgeklärt wurden. Lesen sie im Beipackzettel, welche Nebenwirkungen ein Medikament hat, bekommen sie möglicherweise Angst, brechen die Therapie ab oder beginnen sie erst gar nicht. Hier muss man ansetzen. Auch den Krankenkassen kann das nicht gleichgültig sein, denn höhere Kosten für das Gesundheitssystem sind die Folge.

Internationale Studien machen unter anderem hohe Medikamentenzuzahlungen

für mangelnde Therapietreue verantwortlich. Wird hier am falschen Ende gespart?

Deutschland hat einen umfangreichen Leistungskatalog für Arzneimittel. Unsere Zuzahlungen sind im Vergleich niedrig und sozial verträglich. Die maximale Belastung liegt bei zwei Prozent des Einkommens. Chronisch kranke Menschen zahlen sogar nur maximal ein Prozent zu.

Laut Weltgesundheitsorganisation hat das Gesundheitssystem eines Landes großen Einfluss auf die Therapietreue der Patienten. Welche Impulse kann die Gesundheitspolitik hier setzen?

Das Wissen über Erkrankungen, angemessene Therapien und den bestmöglichen Umgang damit muss verbessert werden. Das Bundesministerium für Gesundheit hat deshalb einen Workshop zur Sensibilisierung der Patienten veranstaltet



Ulla Schmidt ist seit 2001 Bundesministerin für Gesundheit.

und ein Merkblatt mit Informationen zu einer sichereren Arzneimitteltherapie erarbeitet. Außerdem wurde das Modellprojekt »Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess« gefördert. Die Auswirkungen sind positiv. Patienten sind besser informiert, realistischer in Bezug auf den Behandlungsverlauf, zuverlässiger bei der Umsetzung der Therapieprinzipien und nicht zuletzt auch zufriedener. Das verbessert die Wirksamkeit einer Behandlung. ■

ENTSCHEIDUNGSHILFE FÜR ÄRZTE UND PATIENTEN

Punkt, Punkt, Komma, Strich ...

Muss sich eine 47-jährige Nichtraucherin mit einem Gesamtcholesterinwert von 260 Sorgen machen? Die Entscheidungshilfe »arriba« hilft Ärzten und Patienten dabei, individuelle Risiken einzuschätzen und gemeinsam angemessene Behandlungsstrategien zu entwickeln.

Die Entscheidungshilfe »arriba«, die seit 2001 in der Abteilung für Allgemeinmedizin an der Universität Marburg entwickelt wurde, verknüpft verschiedene Risikofaktoren eines Patienten zu einem individuellen Gesamtrisiko für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung. Seit gut einem Jahr ermöglicht es nun eine neu entwickelte computergestützte Fassung namens »e-arriba« dem Hausarzt, dieses individuelle Gesamtrisiko mit wenigen Klicks am Praxiscomputer zu berechnen und seinen Patienten entsprechend zu beraten: »arriba« steht für »absolute und relative Risiko-Reduktion – individuelle Beratung in der Allgemeinarztpraxis«.

Brücke zwischen Theorie und Praxis. Zwei Überlegungen standen bei der Entwicklung im Vordergrund, erinnert sich der Marburger Professor Dr. Norbert Donner-Banzhoff, der »arriba-Herz« ursprünglich aus der Taufe gehoben hat: »Eine Therapie ist aufwendig, sie bringt Nebenwirkungen und Kosten mit sich. Darum ist es sinnvoll, sie vor allem denjenigen Patienten zukommen zu lassen, die auch wirklich davon profitieren. Die Ergebnisse aus großen klinischen Studien sind da sehr nützlich. Aber die abstrakten Zahlen müssen übersetzt und für die Praxis handhabbar gemacht werden. Außerdem müssen die Ärzte etwas in der Hand haben, das den Patienten anschaulich und verständlich sagt: Hier steht ihr. Das sind eure Aussichten für die nächsten zehn Jahre. Und das und das könnt ihr daran ändern.«

In der praktischen Anwendung sieht das heute so aus: Auf der Grundlage des Blutdrucks, der Werte für Gesamt- und HDL-Cholesterin sowie einiger Angaben zu Alter, Geschlecht und Zusatzrisiken wie Rauchen, Diabetes und familiäre Vorbelastung ermittelt der Computer auf der Basis der bestmöglichen verfügbaren Evidenz blitzschnell das individuelle Risiko des jeweiligen Patienten und stellt es auf Wunsch grafisch dar: Punkt, Punkt, Komma, Strich – auf dem Computermonitor erscheinen, in Reihen angeordnet, hundert Smileys. Sie stellen 100 Patienten dar, die die gleiche Risikokonstellation aufweisen wie der Patient, der gerade beraten wird. Je mehr lächelnde gelbe Smileys zu sehen sind, desto weniger besteht Grund zur Sorge. Leuchten dagegen etliche der

kreisrunden Gesichter rot und lassen die Mundwinkel traurig hängen, sind therapeutische Maßnahmen ratsam: Jeder rote Smiley steht für einen »Risiko-Doppelgänger«, der rein statistisch betrachtet innerhalb der nächsten zehn Jahre einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall erleiden wird. Leuchten bei der eingangs erwähnten Beispielpatientin nur drei Smileys rot, besteht also trotz des erhöhten Gesamtcholesterinwertes kein Behandlungsbedarf.

Die abstrakten Zahlen aus großen Studien müssen übersetzt und für die Praxis handhabbar gemacht werden.

Das Risiko vor Augen führen. »Besonders gut gefällt den Patienten, dass arriba das individuelle Risiko so transparent, so erfassbar macht«, weiß Dr. Armin Mainz, der im hessischen Korbach als Hausarzt praktiziert und bereits die alte Papierversion gern nutzte. Auch die kam bei den Patienten gut an, ergab eine Studie mit über tausend Teilnehmern. Die meisten waren mit »arriba« wesentlich zufriedener als mit einer herkömmlichen Beratung.

»Das Schöne an der elektronischen Fassung ist jetzt, dass man verschiedene Behandlungsoptionen durchspielen kann«, so Mainz weiter. In Sekundenschnelle können Arzt und Patient am Bildschirm sehen, wie sich eine medikamentöse Behandlung, ein Rauchstopp oder regelmäßige Bewegung Sport auf die Risikoprognose auswirken: Orangefarbene Smileys zeigen an, wie viele von hundert Patienten mit gleichem Ausgangsrisiko von diesen Maßnahmen profitieren würden. Alle Ergebnisse sind wissenschaftlich untermauert und auf dem neuesten Stand der Forschung.

Risikoadäquate Beratung. Auf dieser gesicherten Grundlage können Arzt und Patient dann gemeinsam die weiteren Schritte planen und sich für oder gegen bestimmte Therapieoptionen entscheiden. »Grundsätzlich kann arriba immer dann

eingesetzt werden, wenn Patient oder Arzt oder beide Entscheidungsbedarf sehen. Immer dann, wenn etwa der Patient sagt: Müssen denn diese vielen Tabletten sein? Oder wenn der Arzt das Gefühl hat, hier müssen wir angesichts einer erheblichen Risikokonstellation eine intensivere Behandlung zumindest mal besprechen«, erläutert Professor Norbert Donner-Banzhoff.

Das Konzept geht dabei weit über die reine Patienteninformation hinaus. »arriba« liefert darüber hinaus auch eine hausärztliche Beratungsstrategie zur patientenzentrierten Prävention, einschließlich Tipps zur Gesprächsführung in sechs Schritten. Die partizipative Entscheidungsfindung wird dadurch erleichtert, bestätigt Hausarzt Armin Mainz: »Die Beratung orientiert sich sehr stark am jeweiligen Sicherheitsbedürfnis des Patienten, an seinen Sorgen und Ängsten.«

Zuverlässig und unabhängig. Die Einbindung in das Arzt-Patient-Verhältnis lag den »arriba«-Entwicklern von Anfang an am Herzen: »Risikorechner gibt es ja inzwischen einige«, sagt Norbert Donner-Banzhoff. »Aber arriba ist primär für die Unterstützung des Gesprächs zwischen Patient und Arzt gedacht. Man braucht Laborwerte, die medizinische Vorgeschichte spielt eine Rolle, es sind Emotionen im Spiel – das ist im Gespräch mit dem Arzt optimal aufgehoben.«

Auch die Ärzte selbst profitieren von dieser Entscheidungshilfe, ergänzt Hausarzt Armin Mainz: »arriba ist wissenschaftlich fundiert, sehr integer und interessensneutral. Ich habe das gute Gefühl, den Patienten jeweils auf dem Stand der Wissenschaft zu beraten. Und auch wenn keine Behandlung nötig ist, bleibt das zufriedene Gefühl, dieses Thema erschöpfend behandelt zu haben, sodass bei der nächsten Konsultation mehr Zeit für andere Fragen bleibt.«

Große Ziele für die Zukunft. »Wir haben den Eindruck, dass arriba inzwischen zum Selbstläufer mit 'viraler Ausbreitung' geworden ist«, freut sich Norbert Donner-Banzhoff. Mit der AOK Baden-Württemberg wurde bereits vereinbart, dass »arriba« dort integraler Bestandteil der hausarztzentrierten Versorgung wird.

Großen Wert legt Norbert Donner-Banzhoff auf die Tatsache, dass das Erfolgsmodell ein Gemeinschaftswerk ist: Die



»arriba« in der Praxis: Der Marburger Allgemeinmediziner Professor Dr. Norbert Donner-Banzhoff (re.) bespricht mit seinem Patienten Hans-Ludwig Schäfer, welche Verhaltensweisen das Herz-Kreislauf-Risiko wie beeinflussen.

ursprüngliche Papierversion wurde mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung in der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Marburg entwickelt. In die aktuelle Fassung sind die Erfahrungen von Hunderten von Hausärzten eingeflossen. Die Software-Version hat ein Team um Dr. Attila Altiner an der Universität Düsseldorf entwickelt. Die weitgehend selbst-erklärende Java-Anwendung läuft auf jedem Betriebssystem und kann von der Projekt-Homepage www.arriba-hausarzt.de kostenlos heruntergeladen werden. Mussten die Ärzte bei der alten Papierversion noch vieles im Kopf rechnen, erledigt dies jetzt Kollege Computer.

»Da sie leicht zu bedienen ist und Fehler reduziert, wird sich die Software gegenüber der Papierversion durchsetzen«, davon ist der Marburger Wissenschaftler überzeugt. Für die Zukunft haben er und die vielen anderen »Macher« von »arriba« noch viel vor: »Unsere Vision ist eine ganze Bibliothek von integrierten elektronischen Entscheidungshilfen, die in der hausärztlichen Praxis zur Verfügung stehen. Die nächsten Schritte sind Vorhofflimmern, manifeste koronare Herzkrankheit und Diabetes mellitus. Arriba ist sehr lebendig und wird weiter wachsen.« ■

ANSPRECHPARTNER:

Professor Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, MHS

Philipps-Universität Marburg

Abteilung für Allgemeinmedizin,

Präventive und Rehabilitative Medizin

Robert-Koch-Straße 5, 35032 Marburg, Telefon: 06421 2865119

E-Mail: norbert@staff.uni-marburg.de, www.arriba-hausarzt.de

PSYCHOTHERAPEUTISCHE KURZINTERVENTION

Ein dünner Schutzfilm im Alltag

Psychisch erkrankte Patienten vereinbaren mit Ärzten und Pflegenden ihre Therapieziele »auf Augenhöhe« – die Adherence-Therapie soll so zu mehr Behandlungserfolgen bei psychischen Erkrankungen beitragen. Eine Reportage von **Jörn Hons**

Zurückhaltend, konzentriert, kontrolliert. Seine Sätze kommen schnell, ein leichtes Lächeln umspielt die Mundwinkel, er wirkt fast locker. Nur seine rechte Hand umklammert die Armlehne des Besucherstuhls, was die Anspannung in dem Mann spürbar macht. Abrupt löst sich die Spannung, wenn er irgendetwas genauer erklären will: Dann wirbeln plötzlich beide Hände durch die Luft. Aber genauso schnell umklammert die rechte Hand wieder die Armlehne, während die linke auf der Tischplatte ruht.

Stefan Rücker* gibt Auskunft – und verrät seiner Bezugspflegerkraft doch nur so viel, wie er unbedingt muss. Seine Krankheit nennt der 45-Jährige eine »schwere Depression«. »Ich konnte halt nicht mehr einschlafen«, erzählt er dem psychiatrischen Krankenpfleger Klaus Heine. Beide wissen, dass da mehr ist. Eine schwere Psychose nämlich, eine schizophrene Erkrankung, wegen der Stefan Rücker vor vier Wochen zum zweiten Mal in der Station AL02 der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) in Lippstadt aufgenommen wurde. Ganz schlimm wurde es, als er drei oder vier Tage hintereinander nicht geschlafen hatte und sich die Realität endgültig mit seinen Wahnvorstellungen vermischte.

Medikamente einfach abgesetzt. »Ich habe die Frühwarnzeichen als solche nicht erkannt. Ich dachte, ich bin gesund und habe die Medikamente komplett abgesetzt«, gibt Rücker offen zu. Zum ersten Mal war er vor vier Jahren wegen einer schizophrenen Psychose in der Klinik. Der kaufmännische Angestellte ist ein sportlicher Typ, ein durchtrainierter Mann. Er wirkt ehrgeizig und kontrolliert. Umso härter trifft ihn die zweite Krise in diesem Frühjahr: »Nach dem ersten Mal habe ich versucht, mich selbst zu therapieren, mit Naturheilverfahren, und das hat letztlich überhaupt nicht funktioniert.« Krankenpfleger Klaus Heine nickt und macht sich Notizen in dem Fragebogen, den er zusammen mit Stefan Rücker durcharbeitet.

Seit 2007 arbeitet Klaus Heine mit den Patienten mit der neuen »Adherence«-Therapie, die außer in der LWL-Klinik in

Lippstadt und Warstein auch in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel angewendet und noch bis Juni 2009 im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie überprüft wird. Sie soll dabei helfen, die zwischen Arzt, Pflegenden und Patienten »auf Augenhöhe« vereinbarten Therapieziele auch zu erreichen.

Adherence-Therapie bei Schizophrenie

Wie funktioniert Disease Management in der Praxis?

Schizophrenie: Etwa 800.000 Bundesbürger sind mindestens einmal im Leben von dieser teuersten psychiatrischen Erkrankung betroffen. Über 50 Prozent der Angehörigen sind selbst psychisch belastet oder psychiatrisch erkrankt. Die Psychose beginnt bei den meisten im zweiten Lebensjahrzehnt und prägt sich in der dritten Lebensdekade aus. Es gibt zwar Therapiemöglichkeiten, doch die Quote des Behandlungsabbruchs ist mit 50 Prozent im ersten beziehungsweise 75 Prozent im zweiten Jahr nach einem Klinikaufenthalt erschreckend hoch.

Etwa 120 an Schizophrenie erkrankte Patienten haben bisher am Adherence-Projekt der psychiatrischen Kliniken in Bielefeld, Lippstadt und Warstein teilgenommen. Das noch bis Juni 2009 laufende Projekt soll die Therapietreue entscheidend verbessern. Bestandteile des mehrstufigen Programms, das von Dr. Richard Gray am Londoner Institute of Psychiatry entwickelt und von dem Bielefelder Pflegewissenschaftler Dr. Michael Schulz auf deutsche Verhältnisse übertragen wurde, sind gemeinsam von Patient und Behandlungsteam verhandelte Therapiepläne, eine abgestimmte Pharmakotherapie sowie drei Hausbesuche, die sich in größeren zeitlichen Abständen an den Klinikaufenthalt anschließen. Speziell geschulte Pflegenden sind eng in den Behandlungsverlauf eingebunden. Ziel dieses Ansatzes ist es, eine Behandlung zu vereinbaren, die sich an den Alltagsumständen, aber auch an den inneren Einstellungen der Betroffenen orientiert, sich deshalb leichter umsetzen lässt – und damit von den Patienten auch langfristig eingehalten werden kann.

Dr. rer. medic. Michael Schulz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel, Abt. Forschung, Qualitätssicherung und Dokumentation
Remterweg 69/71, 33617 Bielefeld, Telefon: 0521 77278022,
E-Mail: michael.schulz@evkb.de

* Name von der Redaktion geändert

Das betrifft ausdrücklich nicht nur die Einnahme der Medikamente. Die Patienten sollen auch lernen, besser mit Stress umzugehen, sich ein soziales Netz aus Freunden und Familie zu erhalten und Frühwarnzeichen der Krankheit zu erkennen, um sich dann Hilfe zu holen. All dies ist kein leichtes Unterfangen, wenn sie aus der Klinik wieder in den häuslichen Alltag zurückkehren. An Schizophrenie Erkrankte, aber auch Patienten mit anderen, nicht psychiatrischen Krankheiten setzen zum Beispiel ihre Arzneimittel relativ bald wieder ab – die Hälfte von ihnen schon im ersten, rund 75 Prozent im zweiten Jahr.

Ganz banale Hindernisse. Das liegt jedoch nicht allein an den Nebenwirkungen der Arzneimittel, sagt Projektleiter und Pflegewissenschaftler Dr. Michael Schulz, der das Adherence-Projekt in Bielefeld, Lippstadt und Warsten initiiert hat. »Die langfristige Therapie, zu der auch Medikamente gehören können, scheitert im Alltag eigentlich immer an ganz banalen Dingen.« Etwa daran, dass jemand Fernfahrer ist und seine Tabletten wegen des Jobs nicht viermal täglich einnehmen kann, weil sie sehr müde machen. Oder daran, dass Jugendliche fürchten, durch die Tabletten zu dick zu werden oder ihre Potenz zu verlieren – was tatsächlich zu den gravierenden Nebenwirkungen gehören kann. Oder dass sie am Wochenende nicht in der Disco tanzen können, weil sich die Tabletten nicht mit Alkohol vertragen.

Und jetzt? Würde er die Medikamente wieder absetzen, wenn er wieder draußen ist? »Nein, wie wichtig die Einnahme der Medikamente ist, habe ich ja gesehen.« Stefan Rücker versucht ein Lächeln und wird gleich wieder ernst: »Ich konnte monatelang nicht mehr strukturiert denken. Es drehte sich alles nur noch um die Firma. Ich konnte zuletzt nicht mal mehr einen Text lesen.« Der Abteilungsleiter in einem mittelständischen Unternehmen sieht sich selbst als Workaholic mit dem Risiko, durch seinen Beruf wieder in einen Burn-out-Kreislauf zu geraten, der einen erneuten schizophrenen Schub auslösen könnte. »Ich habe monatelang nur noch gedacht: Du kämpfst dich noch bis zum Wochenende durch – aber am Wochenende habe ich auch nur noch an die Arbeit gedacht.« Familie, Freunde, Frau und Kinder wurden zur völligen Nebensache.

Strategien gegen Nebenwirkungen. Vom Klinikflur dringen gedämpfte Stimmen in das helle Besprechungszimmer. Klaus Heine notiert sich weitere Stichworte auf dem Fragebogen. Dann die nächste Frage: »Welche aktuellen Nebenwirkungen



Bei der Behandlung ihrer Krankheit stehen den Patienten in Lippstadt, Warstein und Bethel verschiedene Wege offen. Wofür sie sich auch entscheiden – ihre Wahl wird respektiert.

spüren Sie jetzt?« »Na ja, vor allem die Müdigkeit und den vermehrten Appetit«, sagt Stefan Rücker. »Ich bin von 87 schon auf 92 Kilo hochgegangen.« Doch gegen die Nebenwirkungen hat er bereits Strategien parat: Mit mehr Obst und Gemüse könnte er sein Gewicht wohl in den Griff bekommen. Und gegen die bleierne Müdigkeit am Morgen hat er die Dosis schon leicht reduziert und nimmt die Tabletten abends eine Stunde früher ein. »Das funktioniert ganz gut, damit kann ich leben«, stellt der 45-Jährige sachlich fest.

Medikamente zu akzeptieren, ihre Wirkung und ihre Nebenwirkungen auf Dauer in Kauf zu nehmen ist für die meisten Menschen sehr schwer, weiß Hubert Lücke, Pflegedienstleiter der LWL-Kliniken in Lippstadt und Warstein. »Die Krankheit ist ja auch eine Kränkung, an die ich jedes Mal, wenn ich das Arzneimittel nehmen muss, wieder erinnert werde – dass mein Gehirn oder mein Körper ohne diese Mittel nicht so funktionieren, wie sie eigentlich sollen.« Bei an Schizophrenie Erkrankten sollen durch die Therapie neue psychotische Schübe vermieden werden. »Jede Episode ist schwerer zu behandeln als die vorigen, weil sich bei jedem Mal die Dysbalance der Botenstoffe im Gehirn weiter verfestigt und damit eine Langzeitbehandlung immer schwieriger wird«, so Hubert Lücke, der das Teilprojekt in Lippstadt und Warstein leitet. Im Laufe der Jahre verändert sich die Persönlichkeit, oft resignieren die Betroffenen und sind für weitere Therapien kaum noch ansprechbar. Allerdings: Ob eine jahre- oder sogar lebenslange Therapie mit Neuroleptika richtig ist und den meisten Patienten hilft, darüber streitet die Wissenschaft derzeit heftig. Einig ist man sich darin, dass eine alleinige pharmakologische Behandlung in der Regel nicht zum Ziel führt.

Auf dem falschen Weg. Die hohen Abbruchquoten legen aber nahe, dass der bisher übliche Therapieweg – den Patienten in der Klinik auf ein Medikament einzustellen, das später niedergelassene Ärzte weiter verordnen, und zu hoffen, dass der Patient die Anordnung befolgt – falsch ist, meint Michael Schulz.

2. PREIS – ADHERENCE-THERAPIE

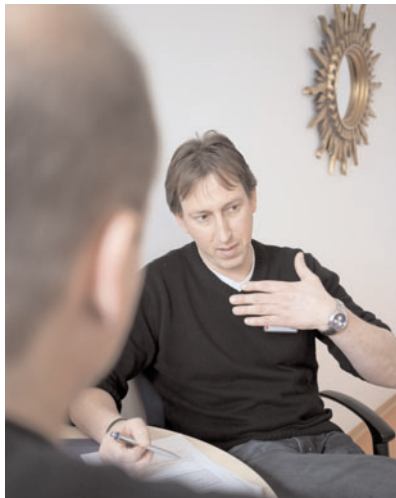
»Wir müssen uns schon fragen, ob wir in der Vergangenheit nicht die falschen Probleme bearbeitet und zu wenig Augenmerk auf die Beziehung zum Patienten und seinen persönlichen Umgang mit der Krankheit gelegt haben«, betont der Pflegewissenschaftler. Erstaunlicherweise ist es eine recht neue Erkenntnis, dass gerade auf diesem Gebiet den Pflegekräften eine Schlüsselrolle zukommt, weil sie mit dem Alltag ihrer Patienten oft vertrauter sind als die Mediziner. Michael Schulz hat die Adherence-Therapie 2003 im Rahmen eines Studienaufenthaltes bei dem britischen Pflegewissenschaftler Dr. Richard Gray am Institut für Psychiatrie am Kings College in London kennengelernt und diesen Behandlungsansatz anschließend auf deutsche Verhältnisse übertragen. Kern des Projekts ist, dass Ärzte, Pflegenden und Patienten quasi gleichberechtigt über die weitere Therapie verhandeln.

Es ist von entscheidender Bedeutung, dass die Patienten ihre sehr individuellen Krisensymptome und -auslöser erkennen und möglichst gut darauf reagieren. Auch deshalb legt das

Wenn ein Patient für sich entscheidet, trotz seiner Krankheit keine Medikamente zu nehmen, akzeptieren wir das.

Behandlungsteam mit dem Patienten gemeinsam fest, unter welchen Bedingungen und in welcher Dosierung er die Medikamente einnehmen kann. »Natürlich wägen wir gemeinsam mit dem Patienten ab, was für und was gegen das Absetzen eines Medikamentes spricht und worauf ein Patient sich dann einlässt«, betont Schulz. Aber: »Wenn ein Patient für sich entscheidet, trotz seiner Krankheit keine Medikamente zu nehmen, akzeptieren wir das.« Auch das, so betonen Schulz und Lücke unisono, ist für viele Patienten in dem Adherence-Projekt neu: dass sie jemand nach ihrem ganz persönlichen Erleben fragt – und dass diese Gefühle in der Therapie auch berücksichtigt werden.

Stefan Rückert und Bezugspfleger Klaus Heine sind fast am Ende des Fragebogens angelangt. Heine liest die nächste Frage vor: »Ich nehme Medikamente nur, weil ich von anderen Per-



Punkt für Punkt geht Klaus Heine mit seinem Patienten den Fragebogen durch: Wie kommt er mit der Therapie zurecht? Wie störend sind die Nebenwirkungen der Tabletten?

sonen unter Druck gesetzt werde?« »Stimmt nicht«, antwortet Rückert und setzt leise hinzu: »Aber ich weiß auch, dass ich Verantwortung für meine Familie, meine Frau und meine Kinder habe.«

Aus der Erkrankung lernen. Nach dem ersten Krankheitsschub habe er noch gemeint: »Das ist ein Ausrutscher, das passiert mir nicht noch mal.« Beim zweiten Mal habe er nur noch gedacht: »Jetzt kommst du wieder in die Klapse.« Diese Niederlage macht dem so kontrolliert wirkenden Mann lange zu schaffen. »Aber ich kann diese Stoffwechselstörungen nicht mit natürlichen Mitteln bekämpfen, das weiß ich jetzt.« Klaus Heine bestärkt ihn in dieser Erkenntnis: »Es ist ganz wichtig, dass Sie aus dieser ersten Erkrankung lernen.« Unter Medikamenten fühle er sich wieder leistungsfähig, so Rückert. Er könne wieder arbeiten und sich an schönen Dingen freuen. »Ich habe das Gefühl, das gibt mir einen Schutzfilm für den Alltag.«

An einem der nächsten Tage, das vereinbaren beide jetzt, werden sie Rückerts Probleme mit seiner Arbeit diskutieren. Innerhalb von drei Monaten nach der Entlassung wird Klaus Heine ihn noch dreimal zuhause besuchen und mit Stefan Rückert besprechen, wie er mit der Krankheit zurechtkommt und wie er einen neuen Rückfall vermeiden kann. Der erfahrene Krankenpfleger weiß, dass sein Bezugspatient ihm in diesem Gespräch längst nicht alles offenbart hat. Eine schwere Depression oder ein stressbedingtes Burn-out-Syndrom sind für die meisten Kranken einfacher zu akzeptieren und auch anderen Menschen gegenüber leichter zuzugeben als die Diagnose Schizophrenie. Der Schutzfilm ist noch sehr dünn. ■

Jörn Hons ist Pressesprecher der AOK Bremen/Bremerhaven.

MODERNES WUNDMANAGEMENT

Zu jeder Wunde gehört ein Mensch

Die Behandlung chronischer Wunden ist schwierig und langwierig, der Leidensdruck der Betroffenen hoch. In Berlin behandelt das Team des Vereins »Fixpunkt« Drogenabhängige nach den Methoden des modernen Wundmanagements.

Seit mehr als zwanzig Jahren ist das Kottbusser Tor ein etablierter Treffpunkt der Drogenszene im Berliner Bezirk Kreuzberg. An drei Nachmittagen in der Woche werden hier Suchtkranke im Gesundheitsmobil des gemeinnützigen Vereins »Fixpunkt – Verein für suchtbegleitende Hilfe« von jeweils einer Pflegefachkraft und einer Ärztin oder einem Arzt versorgt. Ein wesentliches Ziel dieses Angebots ist, die Suchtkranken wieder in die fachärztliche Regelversorgung zu integrieren. Von den 20 bis 30 Patienten, die pro Nachmittag das Gesundheitsmobil aufsuchen, kommt etwa jeder Zweite wegen chronischer Wunden – das sind Wunden, die nicht innerhalb von acht Wochen abheilen.

Termine und Absprachen. Seit Anfang 2007 versorgt das Fixpunktteam solche Wunden nach den Standards des modernen Wundmanagements mit hochwertigen Wundaufgaben und beobachtet und dokumentiert den Behandlungsverlauf. Diese Form der Therapie setzt eine intensive Mitarbeit des Patienten voraus. Längst nicht jeder der oft mehrfach Drogenabhängigen kommt dafür infrage. »Der Patient muss in der Lage sein, zu verstehen, was wir ihm erklären. Das ist abhängig vom Grad der Intoxikation«, erläutert Pflegefachkraft Doreen Böttcher, die ebenso wie ihre Kollegin Elfriede Schulte zertifizierte Wundexpertin ist. Weitere Voraussetzungen sind Krankheitseinsicht bezüglich der Wunde, Akzeptanz der Begleittherapie, aktive Mitarbeit bei der Umsetzung sowie das Einhalten von Terminen und Absprachen (etwa keine Manipulation an Verband oder Wunde).

Die meisten Patienten wissen, worauf sie sich einlassen: »Oft wurde schon Jahre an den Wunden herumgedoktert«, erläutert die Wundexpertin. »Wir machen ihnen Mut und fordern sie zur aktiven Mitarbeit auf. So eine Vorgehensweise kennen unsere Patienten nicht – das macht sie oft sprachlos, aber neugierig.«

Respekt und Toleranz. »Zu jeder Wunde gehört auch ein Mensch«, so lautet das Leitmotiv der Behandlung. Im Rahmen des niedrigschwelligen Ansatzes akzeptiert das Fixpunktteam die Lebenswelt der Patienten und toleriert darum auch schon einmal eine offene Bierflasche im Gesundheitsmobil. »Lässt der Patient die Flasche draußen, ist sie nach der Behandlung

nicht mehr da«, erklärt Doreen Böttcher pragmatisch. Bei Frauen, die sich prostituieren, werden die Verbände so angelegt, dass sie trotzdem noch anschaffen gehen können.

Der Erfolg gibt den Wundexperten von »Fixpunkt« Recht: Seit der Einführung des modernen Wundmanagements suchen Patienten mit chronischen Geschwüren das Gesundheitsmobil doppelt so häufig auf wie vorher. »Neben der eigentlichen Wundbehandlung ist die stabile, partnerschaftliche und respektvolle Beziehung zwischen dem Team und den Patienten wesentlich für den therapeutischen Erfolg«, davon sind die Wundexpertinnen überzeugt. Dass so selbst unter widrigsten Umständen ein hohes Maß an Adherence erreicht werden kann, zeigt das Beispiel eines mehrfach abhängigen Patienten: Trotz vielfältiger Rückschläge durch selbstschädigendes Verhalten erscheint er seit Monaten getreulich zweimal pro Woche zum Verbandswechsel. ■

ANSPRECHPARTNERINNEN: Elfriede Schulte, Doreen Böttcher,
Fixpunkt e.V., Boppstraße 7, 10967 Berlin, Telefon: 030 6932260
E-Mail: e.schulte@fixpunkt.org, www.fixpunkt.org

Innovative Konzepte zur Schadensminimierung



Fixpunkt e.V. ist ein seit vielen Jahren sehr aktiver Träger für wichtige Angebote der Berliner Drogenhilfe. Dazu gehören unter anderem Busse, die an Szenetreffpunkten medizinische Hilfe anbieten, und diverse Modellprojekte zur Infektionsprophylaxe und zur Prävention von Drogennot- und -todesfällen. Der Verein hat immer wieder innovative Konzepte im Bereich der »Schadensminimierung« entwickelt. Seine jahrelange Erfahrung in der Berliner Drogenhilfe gewährleistet dabei stets eine verlässliche Adherence und unterstützt so nachhaltig die medizinische Hilfe für die Drogenkonsumenten.

Katrin Lompscher ist Senatorin für Gesundheit,
Umwelt und Verbraucherschutz in Berlin.

ÄRZTLICHE GESPRÄCHSFÜHRUNG

Der Nächste, bitte!

Rund 200.000 Patientengespräche führt ein Arzt im Laufe seines Berufslebens. Damit diese erfolgreich verlaufen, steht für Medizinstudenten in Ulm regelmäßig »Ärztliche Gesprächsführung« auf dem Stundenplan.

Weil eine realistische Einschätzung des Patienten durch den Arzt und eine gelingende Arzt-Patient-Kommunikation die Grundlage jeder erfolgreichen Behandlung bilden, ziehen sich Pflichtveranstaltungen zu Theorie und Praxis der Gesprächsführung wie ein roter Faden durch das Medizinstudium in Ulm.

Die Studierenden analysieren Videos mit Arzt-Patienten-Gesprächen sowie ihr eigenes Gesprächsverhalten, entwickeln

Leitfäden für unterschiedliche Patiententypen und trainieren in Rollenspielen die Grundlagen der Gesprächsführung. Dr. Lucia Jerg-Bretzke, die das Ulmer Curriculum zusammen mit Fachkollegen entwickelt hat, erläutert: »Wir veranstalten eine Hausarztpraxis mit einem Wartezimmer, aus dem die Studenten (Simulations-)Patienten aufrufen und dann circa acht Minuten Zeit für das Gespräch, eine Diagnose und den Behandlungsplan ha-

ben. Die geschulten Patienten geben den Studenten Feedback.«

Im Laufe des Studiums lernen die angehenden Ärzte außerdem zwei wertvolle Hilfsmittel für die ärztliche Praxis kennen, die ebenfalls an der Ulmer Universität entwickelt wurden: Ein standardisierter Patientenfragebogen ermöglicht Einblicke in die Ängste, Erwartungen und Wünsche der Ratsuchenden, und eine Patiententypologie dient als Leitfaden, um besser auf die Bedürfnisse der unterschiedlichen Patientenpersönlichkeiten einzugehen. ■

ANSPRECHPARTNERIN:

Dr. biol. hum. Lucia Jerg-Bretzke,
Universitätsklinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie Ulm, Sektion
Medizinische Psychologie, Am Hochsträß 8,
89081 Ulm, Telefon: 0731 50061916
E-Mail: lucia.bretzke@uni-ulm.de

THERAPIETREUE BEI BRUSTKREBS

Gezielte Hilfe an kritischen Punkten

Eine Brustkrebstherapie ist langwierig und hat viele Nebenwirkungen. Das Waldkrankenhaus in Berlin-Spandau setzt auf eine intensive Begleitung, um den betroffenen Frauen das Durchhalten zu erleichtern.

Die Brustkrebstherapie endet nicht mit der Operation. Für optimale Heilungschancen muss die anschließende Therapie manchmal bis zu fünf Jahre lang fortgesetzt werden. Viele Frauen brechen sie aber in den ersten Jahren ab«, erklärt Dr. Martina Dombrowski, die das Brustzentrum des Waldkrankenhauses in Berlin-Spandau leitet.

Sie und ihr Team konnten wiederkehrende Problemsituationen im Behandlungsverlauf identifizieren und entwickelten daraufhin ein Therapiekonzept,

das die Patientinnen an diesen »kritischen Punkten« gezielt unterstützt.

Eine zentrale Rolle spielt dabei die Breast Nurse, eine speziell ausgebildete Pflegekraft, die die Patientin vom Diagnosemitteilungsgespräch über die Akutbehandlung bis in die Nachsorge kontinuierlich begleitet. Die Erfahrung zeigt: Mit der Breast Nurse sprechen die Frauen auch über Fragen, die sie sich nicht trauen, den Ärzten zu stellen.

Ein frei zugänglicher Informationsraum, ausführliche Gespräche mit den

behandelnden Ärzten und ein Behandlungsordner, den die Patientin selbst führt, sind weitere Kernelemente des Spandauer Konzepts, das die aktive Rolle der Patientin im Behandlungsprozess stärken soll. »Je besser die Patientin verstanden hat, was auf sie zukommt, desto eher schafft sie es, durchzuhalten«, weiß Martina Dombrowski. Steigende Behandlungszahlen und die Ergebnisse einer Befragung unter 102 Patientinnen zeigen, dass dieses Konzept aufgeht: 98 Prozent der Befragten würden sich erneut für eine Brustkrebstherapie im Waldkrankenhaus entscheiden. ■

ANSPRECHPARTNERIN:

Dr. med. Martina Dombrowski,
Brustzentrum im Waldkrankenhaus Spandau
Stadtrandstraße 55, 13589 Berlin
Telefon: 030 37021202
E-Mail:
m.dombrowski@waldkrankenhaus.com
www.waldkrankenhaus.com -> Brustzentrum

Dr. med. Günther Egidi praktiziert als Hausarzt in Bremen und ist der Vorsitzende der dortigen Akademie für hausärztliche Fortbildung.



»Entscheidend ist der Patientenwille«

Warum tun Patienten oft einfach nicht, was der Arzt ihnen sagt? Die Frage ist falsch gestellt, findet **Günther Egidi**. Der Bremer Hausarzt lässt seine Patienten seit Jahren über ihre Behandlung mitentscheiden – mit Erfolg.

Mehr Sport treiben, Tabletten regelmäßig einnehmen – warum fällt es Patienten so schwer, zu tun, was ihr Arzt ihnen sagt?

Entscheidend ist, was die Patienten wollen. Wollen sie überhaupt Sport treiben? Wollen sie die Tabletten nehmen? Darin liegt der Schlüssel dafür, dass sie es auch tun. Adherence bedeutet nicht Compliance. Compliance ist das Befolgen dessen, was der Arzt anordnet. Adherence ist die Treue zu einem gemeinsam gefassten Beschluss. Man muss also sehen, dass man gemeinsame Ziele formuliert.

Was tun Sie, um das Durchhaltevermögen Ihrer Patienten zu stärken?

Die Behandlung muss zum Patienten passen: Ein Mensch mit krankhaftem Übergewicht ist mit dem Rat, jeden Tag eine halbe Stunde zu joggen, völlig überfordert. Da muss man klein anfangen: »Legen Sie die Fernbedienung Ihres Fernsehers weg, stehen Sie zum Umschalten auf.« Auch die Ziele müssen realistisch sein. Wenn ein 140-Kilo-Mann 50 Kilo abnehmen möchte, sage ich: »Lassen Sie uns mal überlegen, bis wann Sie die ersten beiden Kilo schaffen könnten.« Dann gucken wir, ob's geklappt hat und entscheiden, wie es weitergeht.

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient spielt für die Adherence eine zentrale Rolle. Wie sprechen Sie mit Ihren Patienten?

Als Arzt muss ich akzeptieren, dass der Patient auch sagen kann: »Ich will das nicht.« Nur wenn man den Patienten prinzipiell die Möglichkeit einräumt, sich auch dagegen zu entscheiden, besteht zum Beispiel die Chance, dass Me-

dikamente überhaupt eingenommen werden. Wenn ein Patient sagt: »Ich nehme jede Pille, aber mit dem Rauchen höre ich nicht auf«, dann rede ich mit ihm nicht weiter übers Rauchen. Wenn man nicht vernünftig mit den Patienten kommuniziert, dann wird einfach nicht gemacht, was notwendig wäre. Vor allem bei ernsthaft erkrankten Patienten ist es entscheidend, dass man ihnen alles besonders gut erklärt. Da ist es ganz wichtig, nachzufragen, was beim Patienten überhaupt angekommen ist.

Ist das nicht sehr aufwendig?

Doch. Aber ich sehe in unserer Praxis: Wenn der Patient und ich gemeinsam eine Entscheidung entwickelt haben, dann ist die Therapietreue hoch, die Ergebniseffektivität ist hoch, und auch meine Berufszufriedenheit ist höher.

Wie kommen die Patienten damit zurecht, dass sie über ihre Behandlung mitentscheiden sollen?

Manche finden das gut, andere weniger. Menschen mit sehr traditionellen Rollenbildern sagen schon mal: »Sie sind doch der Arzt.« Wenn ein Patient bewusst mir die Verantwortung übertragen will, dann akzeptiere ich das auch.

Was ist, wenn ein Patient eine Therapie möchte, die Sie medizinisch für unnötig erachten?

Entscheidend ist der Patientenwille. Aber der hat natürlich Grenzen: Wenn ich sicher weiß, dass etwas Unsinn ist, dann bekommt der Patient das bei mir nicht. Sucht er sich dann einen anderen Arzt, ist auch das in gewisser Weise eine gemeinsame Entscheidung. ■

»Es besteht Handlungsbedarf«



Als Patientenbeauftragte der Bundesregierung setze ich mich sehr für ein gleichberechtigtes und partnerschaftliches Arzt-Patienten-Verhältnis ein. Patientinnen und Patienten müssen

als Experten in eigener Sache aktiv in den Entscheidungsprozess einbezogen werden. Die Sechs-Länder-Studie des Commonwealth Fund hat gezeigt, dass es in Deutschland insbesondere an ausreichender Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten mangelt. 61 Prozent der Befragten geben an, nicht immer über Behandlungsalternativen aufgeklärt und nach ihrer Meinung gefragt worden zu sein. 38 Prozent sagen, sie seien selten oder nie über Nebenwirkungen von Medikamenten aufgeklärt worden.

Es ist bereits viel passiert, um Patienten aktiver in den Behandlungsprozess einzubinden, etwa die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss oder die durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderte Initiative »Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess«. Wir haben viel erreicht, aber es besteht noch Handlungsbedarf: Patienten, aber auch Ärzten sind ihre Rechte zu oft unklar. Daher arbeite ich derzeit an den Eckpunkten für ein Patientenrechtegesetz.

Helga Kühn-Mengel ist die Patientenbeauftragte der Bundesregierung.

■ DAS LEBEN GEMEINSAM MEISTERN

Der Leitgedanke eines vertrauensvollen Umgangs mit den Patienten bestimmt die Arbeit von Dr. Anna Wenning-Jokisch und ihrem Team in ihrer Asbacher Praxis für Allgemeinmedizin. Die beiden gegensätzlich anmutenden Schwerpunkte der Praxis – Prävention und Palliativmedizin – stecken dabei den Rahmen ab, innerhalb dessen das Praxisteam daran arbeitet, mit den Patienten »das Leben gemeinsam zu meistern«. Zu diesem patientenzentrierten Ansatz gehört neben der langjährigen Begleitung auch eine intensive Einbeziehung in die Therapieentscheidungen, umfassende Informationen und individuell auf den Patienten abgestimmte Angebote, Kurse und Selbsthilfegruppen. Die Patienten werden dabei immer wieder gezielt zur aktiven Mitarbeit motiviert.

Dr. med. Anna Wenning-Jokisch

Praxis für Allgemeinmedizin
Hospitalstraße 15 a, 53567 Asbach
Telefon: 02683 91530

■ HAART – ADHERENCE NURSE BEGLEITET AIDS-THERAPIE

Das am Otto Wagner Spital in Wien angesiedelte Projekt zielt auf die Steigerung der Adhärenz bei Menschen mit HIV/AIDS unter hochaktiver antiretroviraler Therapie (HAART). Die regelmäßige und pünktliche Einnahme der Medikamente ist bei diesen Patienten von entscheidender Bedeutung für Lebensqualität und -erwartung. Im Rahmen des Projektes wurde eine »Adherence Nurse« schrittweise in die klinische Versorgung integriert, die sich um eine zielgenaue Unterstützung der Patienten und die Integration der Medikamenteneinnahme in den Alltag kümmert. Aufgrund der positiven Erfahrungen wird jetzt ein Schulungsprogramm für die verschiedenen beteiligten Gesundheitsberufe entwickelt.

Mag. Günter Geyer

Otto Wagner Spital
Stipcakgasse 18–22/4/2
A-1230 Wien
Telefon: 0043 (0)676 4739114
geyergue@gmx.at

■ GESUNDES KINZIGTAL:

AKTIVE EINBINDUNG DER PATIENTEN

In diesem auf vier Jahre angelegten Modellprojekt der Integrierten Versorgung, das die Gesundes Kinzigtal GmbH gemeinsam mit der AOK und der LKK Baden-Württemberg betreibt, sollen Risikopatienten vorbeugend zur Änderung ihres Lebensstils motiviert werden. An dem Projekt beteiligen sich 44 Praxen und knapp 4000 überwiegend multimorbide Versicherte. Die Ärzte ermitteln anhand eines Fragebogens Risikopatienten und legen mit ihnen gemeinsam Therapieziele fest. Zum Erreichen dieser Ziele stehen den Versicherten verschiedene zielgruppenspezifische Krankheitsmanagement-Programme zur Verfügung. Die beteiligten Ärzte wurden an der Universität Freiburg im Shared-Decision-Making geschult.

Helmut Hildebrandt

Gesundes Kinzigtal GmbH
Strickerweg 3 d, 77716 Haslach
Telefon: 07832 974890
office@gesundes-kinzigtal.de
www.gesundes-kinzigtal.de

■ KASSELER STOTTERTHERAPIE

Bei der Kasseler Stottertherapie, die ein selbst Betroffener entwickelt hat, wird in einem zweiwöchigen Intensivkurs ein neues Sprechmuster erlernt, das die Patienten anschließend durch tägliches intensives Üben mithilfe einer speziellen Feedback-Software beibehalten und verfestigen sollen. An der Erarbeitung der Therapiemodule waren Patienten beteiligt. Die Therapiemotivation erfolgt hauptsächlich über Erfolgserlebnisse. Als wirkungsvoller finanzieller Anreiz zum intensiven Üben hat sich auch eine Übernahme der Kosten für die Software durch die Krankenkasse erwiesen, die nur beim Nachweis der regelmäßigen Anwendung ergoft.

Dr. med. Alexander Wolff

von Gudenberg
Institut der Kasseler Stottertherapie
Feriendorfstraße 1, 34308 Bad Emstal
Telefon: 05624 921-0
info@kasseler-stottertherapie.de
www.kasseler-stottertherapie.de

■ NACHHALTIGE INFORMATION PER PATIENTENBRIEF

Das gemeinsame Projekt des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und der Rheumaklinik Bad Bramstedt dient der nachstationären Sicherung der OP-Ergebnisse nach Wirbelsäulenoperationen. Zu diesem Zweck werden mit dem Patienten gemeinsam die einzelnen Schritte des Entlassungsmanagements entwickelt und geplant. Zentrale Elemente des Konzepts, die auch auf andere Krankheitsbilder übertragbar wären, sind ein eingehendes Abschlussgespräch vor der Entlassung und ein umfangreicher Patientenbrief, der neben individuell angepassten Empfehlungen auch Protokollbögen zur täglichen Selbstkontrolle enthält.

Dr. med. Karl D. Vitt

Verein zur Förderung sozialmedizinischer Grundsatzfragen
Annenstraße 11
24939 Flensburg
Telefon: 0171 8187870
karlvitt@yahoo.de
www.sic-institut.de

■ DIABETES-MOBIL: COACHING FÜR ZUCKERKRANKE

Im Rahmen einer ein Jahr andauernden, intensiven und systematischen Betreuung durch einen Diabetes-Coach lernen an Diabetes erkrankte Patienten, ihre bisherigen Lebensgewohnheiten konsequent und langfristig zu verändern. Die Zielvereinbarungen werden dabei mit den Patienten gemeinsam entwickelt. Ein Buch mit einem 40-Wochen-Programm unterstützt die Verhaltensmodifikation. Ziel ist es, zu zeigen, dass auch Menschen, die bereits an Typ-II-Diabetes leiden, im Sinne einer Sekundärprävention von einer Änderung des Lebensstils profitieren können. Eine Untersuchung bestätigte bereits in den Jahren 2006/2007 den Erfolg dieses therapiebegleitenden Angebots.

Gabriele Faber-Heinemann

Prof. Dr. med. Lutz Heinemann
Gemeinnützige Diabetes-MOBIL GmbH
Kehler Straße 24, 40468 Düsseldorf
Telefon: 0211 2926900
gaby.heinemann@diabetes.mobil.de

■ CHAMP: INDIVIDUELLES GESUNDHEITS-COACHING

Das individualisierte präventive Versorgungskonzept CHAMP wird seit 2007 an der Berliner Charité implementiert und evaluiert. Ziel des Gesundheitscoachings ist die nachhaltige Verbesserung des Gesundheitszustandes bei chronisch Kranken und Menschen mit hohem Erkrankungsrisiko. Ein individueller Gesundheitsplan mit kurz- und langfristigen Zielen hilft beim Erreichen der gemeinsam erarbeiteten Therapieziele. Während der gesamten Therapie wird der Patient immer wieder durch motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing) darin bestärkt, die eigenverantwortlich getroffenen Entscheidungen dauerhaft umzusetzen. Wenn eine geplante randomisierte Studie die Wirksamkeit des Konzepts belegt, soll es rasch in die Regelversorgung überführt werden. Ein Trainingsprogramm für Gesundheitstrainer wird derzeit erprobt.

Miriam Ortiz

CHAMP-Ambulanz

Luisenstraße 13, 10117 Berlin

Telefon: 030 450529234

E-Mail: miriam.ortiz@charite.de

www.champ-info.de

■ ZURÜCK VOM MARS: PATIENTEN-INFORMATION PER JUGENDROMAN

Neue Wege in der Patienteninformation beschreibt der Psychologe Gerd Heinen in Zusammenarbeit mit dem Epilepsiezentrum Berlin-Brandenburg: Ein Jugendroman, dessen Hauptfigur an Epilepsie erkrankt, soll sowohl jungen Epileptikern als auch nicht erkrankten Altersgenossen Denkanstöße zur Auseinandersetzung mit der Krankheit und der damit häufig verbundenen sozialen Stigmatisierung geben. Der Roman, der Anfang 2009 auf der Leipziger Buchmesse vorgestellt wurde, ist Teil eines themenspezifischen Materialpakets, zu dem auch ein interaktiver Ratgeber für Jugendliche und ein in Modulen aufgebauter Gesundheitskurs gehören. Das Konzept richtet sich an junge Erwachsene und soll die Adherence in dieser schwierigen Alters- und Entwicklungsstufe fördern, um zu ver-

hindern, dass sich eine prinzipiell gut behandelbare Epilepsie zu einer chronischen Erkrankung entwickelt.

Gerd Heinen, Dipl.-Psych.

Psychotherapiepraxis am Epilepsiezentrum Berlin-Brandenburg

Herzbergstraße 79, 10365 Berlin

Telefon: 030 54723034

g.heinen@keh-berlin.de

■ »MÜNCHNER MODELL« FÜR MEHR THERAPIETREUE

Das Münchner Modell wurde mit dem Ziel gestartet, ein praxistaugliches, patientengerechtes und wirtschaftliches Programm zur Verbesserung der Therapietreue zu entwickeln. Gleichzeitig strebten die Initiatoren eine Optimierung der Kommunikation zwischen den einzelnen Leistungsträgern an. Eine Schlüsselrolle in diesem Modellprojekt spielt ein Adherence Coach, der zunächst 400 Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen im Großraum München therapieunterstützend begleitete. Diese Zielgruppe wurde ausgewählt, weil hier Therapietreue besonders wichtig, aber auch besonders schwierig ist. Das nach Paragraph 140 SGB anschlussfinanzierte »Münchner Modell« wird aufgrund seiner guten Ergebnisse künftig in 40 weiteren Regionen umgesetzt und soll auch auf weitere Krankheitsbilder ausgedehnt werden.

Dr. med. Werner Kissling

Centrum für Disease Management

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie

und Psychotherapie

Technische Universität München

Möhlstraße 26, 81675 München

Telefon: 089 41404207

w.kissling@lrz.tum.de

■ EPIVISTA: ELEKTRONISCHER BEHANDLUNGSKALENDER

Das Norddeutsche Epilepsiezentrum in Ralsdorf, das auf die Behandlung therapieschwieriger Epilepsien bei Kindern und Jugendlichen spezialisiert ist, stellt seinen Patienten und deren Familien einen elektronischen Kalender zur Doku-

mentation des Anfallsgeschehens zur Verfügung. Dieser arbeitet auf der Basis einer internetbasierten Kommunikations- und Dokumentationsplattform, die alle an der Behandlung Beteiligten miteinander verbindet. Verlaufsdiagramme veranschaulichen den Einfluss der Behandlung auf die Anfälle. Erste Auswertungen deuten darauf hin, dass das neue Medium die Motivation der Beteiligten, den Krankheitsverlauf zu dokumentieren und aktiv an der Therapie mitzuwirken, stärkt.

Norddeutsches Epilepsiezentrum für Kinder und Jugendliche

Henry-Dunant-Straße 6–10

24223 Schwentinal/Ralsdorf

Telefon: 04307 909201

www.drk-epilepsiezentrum.de

■ GUT INFORMIERT ZUM ARZT – DER TK-PATIENTENDIALOG

Seit 2006 erprobt die Universität Freiburg gemeinsam mit der Techniker-Krankenkasse ein interaktives Informationssystem für Patienten. Das System, das über die homepage der Krankenkasse zugänglich ist, informiert die Patienten in verständlicher Weise über evidenzbasierte Behandlungsoptionen bei akuten Kreuzschmerzen oder Depression. Es soll zum einen der Vorbereitung des Arztbesuches und der Therapieentscheidung dienen und zum anderen den Patienten zu realistischen Erwartungen bezüglich Wirksamkeit, Verträglichkeit und Nutzen verschiedener Therapien verhelfen. Monatlich nutzen rund 1500 Versicherte diesen Service. Aufgrund der positiven Resonanz ist eine Ausweitung auf die Themen »chronische Kreuzschmerzen« und »Diabetes Typ II« geplant.

Daniela Simon, Dipl. Psych.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter

Universitätsklinikum Freiburg

Abteilung Psychiatrie und

Psychotherapie

Sektion Klinische Epidemiologie und

Versorgungsforschung

Hauptstraße 5, 79104 Freiburg

Telefon: 0761 2909533

daniela.simon@uniklinik-freiburg.de

EIN FORUM FÜR ERFOLGSMODELLE

Medizin auf neuen Wegen

Der Berliner Gesundheitspreis ist eine gemeinsame Initiative des AOK-Bundesverbandes, der Ärztekammer Berlin und der AOK Berlin. Ausgezeichnet werden innovative Modelle, mit denen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung verbessert werden können.



■ 1995

DER MENSCH IST UNSER MAß

Ausgezeichnet wurden Ideen für ein Gesundheitssystem, das menschlich handelt, aber dabei wirtschaftlich funktioniert.



■ 1998

GESUNDHEITZIELE – STRATEGIEN FÜR EINE BESSERE GESUNDHEIT

Gesundheitsziele und eine klare Ergebnisorientierung verbessern sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit von Behandlungen.



■ 2000

ALTER UND GESUNDHEIT – MEHR QUALITÄT DURCH VERNETZTE VERSORGUNG

Der demografischen Wandel erfordert Modelle einer vernetzten Gesundheitsversorgung für alte Menschen.



■ 2002

QUALITÄTSSOFFENSIVE IN MEDIZIN UND PFLEGE

Um das brisante Thema »Behandlungsfehler« ging es 2002. Gesucht wurden innovative Ansätze für ein medizinisches Risikomanagement.



■ 2004

HAUSARZTMEDIZIN DER ZUKUNFT – WEGE ZUR INNOVATIVEN VERSORGUNGSPRAXIS

Prämiert wurden zukunftsweisende Projekte, die die zentrale Rolle der Hausärzte in der Versorgung stärken.



■ 2006

IM HOHEN ALTER ZU HAUSE LEBEN

Wie die medizinische Betreuung alter Menschen im häuslichen Umfeld gelingt und wie dies die Lebensqualität der Patienten steigert, zeigen die ausgezeichneten Projekte eindrucksvoll.

Mehr Informationen unter www.berliner-gesundheitspreis.de