

### **Fortsetzung zu**

Fall 1 – Frau Susanne Montag (44 J.):

*Frau M. hat die von den Rheumatologen angesetzte Basismedikation (primär MTX, wegen fehlenden Ansprechens sekundär mit Rituximab kombiniert, daraufhin komplette Remission) 2 Jahre lang genommen; währenddessen kein Rezidiv. Im vergangenen Jahr hat sie nicht mehr bei Ihnen blicken lassen (auch keine Rezeptanforderungen); Sie gingen davon aus, dass sie sich nunmehr primär vom Rheumatologen betreuen lässt.*

*Jetzt eröffnet Ihnen Frau M., dass sie ihre Medikamente vor 6 Monaten abgesetzt hat, ohne ihren Rheumatologen zu kontaktieren und obwohl bis dato keine konkreten UAW aufgetreten waren. Sie nimmt jetzt Teufelskralle, ein pflanzliches Analgetikum, lässt sich 1x monatlich akkupunktieren und praktiziert neuerdings Qigong. „Ich wollte nicht länger von diesen chemischen Medikamenten abhängig sein“, sagt sie. „Man weiß ja auch nicht, ob man die ein Leben lang verträgt – auch das Krebsrisiko macht mir Angst. Seit meiner Entscheidung fühle ich mich wie befreit.“ Bisher kam es zu keinem Rezidiv.*

*Sie dagegen wissen aus der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (2011): Nicht nur der frühe Beginn, sondern auch das Beibehalten der spezifischen Rheumattherapie sind von erheblicher Bedeutung für die Prognose! Bei Patienten, die nach 5 Jahren ihre Therapie absetzten, erlitten 38% ein Rezidiv, verglichen mit 22% der Patienten, die ihre Therapie beibehielten. Bei Absetzen schon nach 2 Jahren (wie hier) muss sogar mit einer noch höheren Rezidivrate gerechnet werden.*

## Kurs Allgemeinmedizin im Block Bewegungsapparat / Entzündung

### Gruppenarbeit zu zweit (mit Sitznachbar/in)

!!! Sie haben für diese Aufgabe 5 Minuten Zeit !!!

#### **Aufgabe 1:**

*Versetzen Sie sich bitte in die Rolle der Hausärztin / des Hausarztes und eruieren Sie als erstes Ihre – möglichst ungefilterten – Emotionen. Welche Gefühle löst die Mitteilung der Patientin bei Ihnen aus? Was ist Ihre spontane Reaktion / was würden Sie am liebsten antworten oder tun? Versuchen Sie diese Reaktionen / Gefühle dann zu reflektieren – warum, meinen Sie, reagieren Sie so?*

✂ -----

## Kurs Allgemeinmedizin im Block Bewegungsapparat / Entzündung

### Gruppenarbeit zu zweit (mit Sitznachbar/in)

!!! Sie haben für diese Aufgabe 5 Minuten Zeit !!!

#### **Aufgabe 2**

##### **Zur Bearbeitung in Zweiergruppen (mit Sitznachbar/in)**

*Versetzen Sie sich bitte in die Rolle der Patientin. Welche Gefühle hat sie in den vergangenen 2 Jahren möglicherweise durchlebt? Was könnte zu ihrer Entscheidung beigetragen haben, und was hat die zurückliegende Entscheidung für sie bedeutet / bewirkt? Wie geht es der Patientin jetzt in diesem Moment – und welche Erwartungen / Hoffnungen / Ängste / (anderen Gefühle?) verbindet sie mit dem Gespräch, das sie jetzt mit ihrer Hausärztin / ihrem Hausarzt führt?*

# Kurs Allgemeinmedizin im Block Bewegungsapparat / Entzündung

## *Handout: 6 Schlüsselbegriffe für die Betreuung chronisch kranker Patienten*

---

*Rheumatoide Arthritis = RA*

### 1. Chronisches Krank-Sein

- Konfrontation mit objektiven / subjektiven, permanenten, prognostisch zunehmenden Einschränkungen
- „Kränkung“; Veränderung des Selbstkonzeptes / der Identität; Suche nach neuen Werten / Zielen
- Gefühle der Hilflosigkeit, des Ausgeliefertseins, der Angst
- Anpassungsprozess: innerpsychisch, sozial (privat, beruflich) – neue soziale Rolle, veränderte Aktivitäten
- Paradoxe Funktionen: Instrumentalisierung zum „Bannen“ von Ängsten, sekundärer Krankheitsgewinn

**Quelle:** *Kochen S. 208, Tab. 17-5*

### 2. Krankheitskonzepte

- Gedanken, Gefühle und handlungsbezogene Momente eines Menschen in Bezug auf seine Krankheit
- Wahrnehmung, Bewertung und Verarbeitung von Krankheit / Krank-Sein
- Entstehung im biographischen und soziokulturellen Kontext
- Häufig für den Arzt nicht apparent, aber entscheidend für Verhalten und Adhärenz (s.u.) des Patienten
- Auch Ärzte haben Krankheitskonzepte – teilweise medizinisch geprägt, teilweise biographisch / soziokulturell
- Arztaufgabe: Moderation des gegenseitigen Verstehens der jeweiligen Krankheitskonzepte
- Ziel: Respekt, möglichst Annäherung der unterschiedlichen subj. Krankheitskonzepte von Patient u. Arzt

**Quelle:** *Kochen S. 211. Weiterf. Literatur: Kreher S. et al, Hausärztliche Krankheitskonzepte... Huber 2008*

### 3. Coping

- Individuelle Auseinandersetzung des Patienten mit und Bewältigung seiner Krankheit
- wesentlich durch das Krankheitskonzept des Patienten bestimmt

**Quelle:** *Kochen S. 211*

### 4. Compliance („Therapietreue“), ähnlich (heute gebräuchlicher): Adherence

- verstanden als Grad der Befolgung der ärztlichen Anordnungen durch den Patienten
- Ähnlich: *Adherence* – erster Schritt einer Abschwächung der dem Begriff der *Compliance* immanenten Hierarchie, respektiert den Patienten als eigenverantwortlich entscheidendes Subjekt, meint aber im Kern dasselbe
- Unterscheide: unbeabsichtigte (non-intentional) von beabsichtigter (intentional) Non-Adherence

- Generell breite Streuung, insbesondere bei medikamentöser Therapie meist zwischen 30 und 70%
- Studien zufolge bei RA (DMARDs) zwischen 22% (Untertherapie) und 107% (Übertherapie)!
- Risikofaktoren für Non-Adherence: sozioökonomisch (für RA nicht nachgewiesen), Gesundheitssystem / Erstattungsfähigkeit der Medikamente (Nachweis bei RA), Erkrankungsschwere / Komorbidität (für RA nicht nachgewiesen), Therapiefaktoren wie Anzahl Medikamente pro Tag oder Einnahmehäufigkeit (für RA nicht nachgewiesen), patientenseitige Faktoren wie Krankheitsverständnis, Selbstwirksamkeit und Krankheitskonzept (Nachweis bei RA)

**Quelle:** Kochen S. 213. **Weiterf. Literatur:** van den Bemt et al (2012), *Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: a critical appraisal (...)*. *ExpertRevClinImmunol.* 8, 337–351. **Stamer et al (2013):** *Noncompliance: A Never-Ending Story. Understanding the Perspective of Patients with Rheumatoid Arthritis.* FQS 14 (3), Art. 7

## 5. Konkordanz

- *Definition:* Patient verhält sich entsprechend einer gemeinsamen, auf Augenhöhe ausgehandelten Entscheidungsfindung (shared decision making), in der Ziele, Prioritäten und Krankheitskonzept des Patienten angemessen berücksichtigt wurden.
- *Arztseitige Voraussetzungen:* Reflektion der eigenen Krankheitskonzepte, Lösung von Dogmen („DMARDs ‚müssen‘ früh, regelmäßig und langfristig eingenommen werden“), Anerkennung des Patienten als Experten für seine Erkrankung und seine Bedürfnisse, den es zu verstehen, zu beraten, und zu begleiten gilt.

**Quelle und weiterführende Literatur:** wie Compliance

## 6. Salutogenese

Der Hausarzt kann den Umgang des Patienten mit seinem chronischen Krank-Sein auch unterstützen, indem er zusammen mit ihm eine andere Perspektive als die pathogenetische einnimmt. Woher nimmt der Patient die Kraft, mit der Krankheit umzugehen und mit seinen gesunden Anteilen den Alltag zu bewältigen?

Das Salutogenese-Modell (Salutogenese = Entstehung von Gesundheit statt Krankheit [Pathogenese]) sieht Gesundheit nicht als Zustand, sondern als Prozess. Es fragt nach den Kräften und Ressourcen, die dem Patienten ermöglichen, seiner Gesundheit näher zu kommen, sie zu erhalten und doch mit der Krankheit zu leben.

Kraft für Gesundsein kann aus der eigenen Persönlichkeit, aus sozialen Beziehungen (Familie, Freunde), aus Arbeit und Freizeit, aus dem Glauben und vielen anderen Quellen geschöpft werden. Es lohnt, mit dem Patienten darüber ins Gespräch zu kommen und ihn nach seinen Kräften zu fragen.

Patienten mit einem gut ausgeprägten Kohärenzgefühl, einer globalen Orientierung mit Vertrauen ins Leben, fällt es leichter, diese Ressourcen zu nutzen. Zum Kohärenzgefühl gehören die Gefühle der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens. Vergleichbare psychologische Konstrukte der Persönlichkeit sind etwa die Selbstwirksamkeitserwartung oder die Resilienz.

**Quelle:** Kochen S. 209-210