



© EyeWire

# 17 Chronisches Kranksein

17.1	Grundlagen . . . . .	203
17.2	Umgang mit chronischer Krankheit und chronischem Kranksein . . . . .	206
17.3	Mitteilung der Diagnose . . . . .	210
17.4	Krankheitskonzept des Patienten . . . . .	211
17.5	Aushandlung eines gemeinsamen Betreuungskonzeptes . . . . .	212
17.6	Konkordanz oder Compliance . . . . .	213
17.7	Kontrollen . . . . .	215
17.8	Sonstige Hilfen, Rehabilitationsmaßnahmen und Berentung . . . . .	216
17.9	Hilfen außerhalb der hausärztlichen Betreuung . . . . .	216
17.10	Medizinische Betreuungsprobleme . . . . .	216

Stefan Wilm, Heinz-Harald Abholz

► **Fallbeispiel.** Bei Herrn L., einem **54-jährigen Patienten**, ist seit über 10 Jahren ein **Diabetes mellitus Typ 2** bekannt, den er mit Insulin in einem intensivierten Schema behandelt. Ich kenne ihn seit vier Jahren, seit er in meine Hausarztpraxis wechselte. Herr L. ist deutlich **übergewichtig** und seine Diabeteseinstellung ist unbefriedigend (HbA1c-Werte um 8,8%). Neben seiner Zuckerkrankheit bestehen seit vielen Jahren eine **arterielle Hypertonie** und eine **Hyperlipidämie**; u. a. nimmt er zuverlässig drei Antihypertonika ein. Über die Jahre hinweg sind als Komplikationen seiner Erkrankungen eine periphere arterielle Verschlusskrankheit und eine Polyneuropathie der Beine aufgetreten, wegen einer Gangrän musste eine Zehe amputiert werden. Seinen Beruf als LKW-Fahrer konnte Herr L. wegen des insulinpflichtigen Diabetes mellitus mit der Gefahr der Hypoglykämien im Straßenverkehr nicht mehr ausüben; er ist seither in einer Kfz-Werkstatt als Hilfsarbeiter beschäftigt. Die Arbeitsschuhe mit Stahlkappe, die er dort nach Auflagen der Berufsgenossenschaft tragen muss, haben schon wiederholt zu Drucknekrosen an den Zehen geführt; lange Arbeitsunfähigkeitszeiten mit Entlastung der Druckstellen waren unumgänglich. Der Orthopädienschuhmachermeister hatte mehrfach versucht, die Schuhe so umzugestalten, dass keine Nekrosen mehr auftraten – vergeblich. Schließlich wird Herr L. mit meiner Hilfe vorzeitig berentet, obwohl er eigentlich immer gern gearbeitet hat. Er kontrolliert täglich seine Füße, protokolliert zuverlässig seine Blutzuckerwerte und kommt regelmäßig in meine Praxis; er hat mehrfach an Diabetesschulungen im Krankenhaus und in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis teilgenommen. Aber das Herumsitzen zu Hause macht ihm zu schaffen, er durchleidet depressive Phasen, zu mehr Bewegung kann er sich nicht aufraffen, und die Probleme mit dem Alkohol, die er im Berufsleben noch befriedigend im Griff hatte, nehmen zu. In diesem Zusammenhang mehren sich auch die Spannungen mit der Ehefrau. Der HbA1c-Wert steigt.

► **Fallbeispiel.**

## 17.1 Grundlagen

### 17.1.1 Definition

Chronisch ist eine Krankheit, die nach Auftreten in verschiedener Ausprägung, aber lebenslang bestehen bleibt und die Komplikationen sowie nicht selten einen vorzeitigen Tod zur Folge haben kann. Dabei kann man **symptomatische** und **asymptomatische** chronische Erkrankungen unterscheiden. Aus Tab. **A-17.1** wird das entsprechende Spektrum ersichtlich. Sowohl für symptomatische als auch asymptomatische chronische Erkrankungen gilt, dass in der Regel eine lebenslange Betreuung und Begleitung des Patienten notwendig wird. Da wir keine Krankheiten, sondern kranke Menschen behandeln, sprechen wir in der patientenzentrierten Allgemeinmedizin vom chronischen Krank-*sein*, wenn das Erleben des Patienten und sein Umgang mit der Krankheit gemeint sind.

## 17.1 Grundlagen

### 17.1.1 Definition

Chronisch ist eine Krankheit, die nach Auftreten in verschiedener Ausprägung, aber lebenslang bestehen bleibt und die Komplikationen sowie nicht selten einen vorzeitigen Tod zur Folge haben kann (Tab. **A-17.1**).

**A. Symptomatische chronische Erkrankungen:**

Mit zumeist **vorzeitigem Tod**: Krebserkrankungen, AIDS, Leberzirrhose, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, KHK, Herzinsuffizienz

Mit zumeist **normaler Lebenserwartung**: degenerative rheumatische Erkrankungen, Psoriasis, Neurodermitis, Neurosen, Nephrolithiasis

**B. Asymptomatische chronische Erkrankungen:**

**Risikofaktoren**-Erkrankung: Bluthochdruck, Polyposis coli, atypische Pigmentnävi

**Frühformen** von später oft manifest werdenden oder zu Komplikationen führenden Erkrankungen: chronische Hepatitis in frühen Phasen, interstitielle Nephritis, Diabetes mellitus

**Früh entdeckte** und **kurativ** behandelte Krebserkrankungen mit Rezidivgefahr, die weitere Begleitung erfordert: Mammakarzinom, Melanom

Wichtig sind eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung und die erlebte Anamnese.

Betreuungsziele: Vermeidung/Reduktion akuter Symptome, Vermeidung von Komplikationen, Ermöglichung der erreichbaren Lebensqualität.

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, die schwerwiegend chronisch krank und deshalb in Dauerbehandlung sind, müssen maximal ein Prozent ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zuzahlen.

**Schwerwiegend chronisch krank** ist, wer mindestens einen Arztbesuch pro Quartal wegen derselben Krankheit wenigstens ein Jahr lang nachweisen kann und zusätzlich eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Pflegestufe II oder III oder
- Grad der Behinderung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 % oder
- Notwendigkeit einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung.

**17.1.2 Epidemiologie**

In Tab. **A-17.2** sind die 10 häufigsten chronischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis aufgeführt.

Dabei brauchen wir neben dem fundierten, evidenzbasierten Wissen über die Krankheiten (S. 547) gerade bei der Langzeitbetreuung chronisch Erkrankter eine auf Dauer angelegte, tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung (S. 589) und die erlebte Anamnese (S. 42). Betreuung beinhaltet hier:

- Unterstützung und Begleitung des Patienten bei der Bewältigung des Krank-Seins.
- Kontrollen bezüglich des Verlaufs der chronischen Krankheit, möglicher Komplikationen und Folgeerkrankungen.
- Gegebenenfalls kurative, symptomatische oder palliative Therapie.

Ziel der Betreuung ist die Vermeidung oder Reduktion akuter Symptome, von Komplikationen und vorzeitigem Tod sowie die Ermöglichung der erreichbaren Lebensqualität.

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, die schwerwiegend chronisch krank und wegen dieser Krankheit in Dauerbehandlung sind, werden bei der Ermittlung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen im Gesundheitswesen besonders behandelt. Bei ihnen ist die Zuzahlung auf maximal ein Prozent ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt begrenzt. Die Belastungsgrenze für nicht chronisch kranke Menschen liegt dagegen bei zwei Prozent. Für diese Regelung musste durch den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (erstmalig 2004) definiert werden, wer gesetzlich als „chronisch krank“ gilt. **Schwerwiegend chronisch krank** ist, wer mindestens einen Arztbesuch pro Quartal wegen derselben Krankheit wenigstens ein Jahr lang nachweisen kann und zusätzlich eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II oder III oder
- ein Grad der Behinderung (GdB) nach Bundesversorgungsgesetz (Versorgungsamt) beziehungsweise eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach Sozialgesetzbuch VII von jeweils mindestens 60 % oder
- eine kontinuierliche medizinische Versorgung, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu befürchten ist.

**17.1.2 Epidemiologie**

In Tab. **A-17.2** sind die 10 häufigsten chronischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis aufgeführt – nach Neuerkrankungen (Inzidenz) und nach vorliegenden Krankheitsfällen (Prävalenz). Zur Interpretation der Tabelle ist anzumerken, dass eine durchschnittliche Hausarztpraxis etwa 2500 Personen pro Jahr versorgt. Daraus ergibt sich z. B., dass mit mehr als 100 Hochdruckpatienten pro Jahr zu rechnen ist. Weitere Erkrankungen wie z. B. chronische Hepatitis, chronisch entzündliche Darm-erkrankungen, Anfallsleiden, Depression, Angsterkrankungen, Demenz, Herzklappenfehler, chronische degenerative Wirbelsäulenerkrankungen, entzündliche rheumatische Erkrankungen, chronische Nierenerkrankungen oder endokrinologische Erkrankungen sind in diesem Zusammenhang ebenfalls zu nennen.

### A-17.2 Häufigkeit chronischer Erkrankungen in der Hausarztpraxis (nach van Weel)

### A-17.2

Erkrankung	Neuerkrankungen (Inzidenz)	Krankheitsfälle (Prävalenz)
	(pro Jahr und 1000 Personen)	
Arterielle Hypertonie	3	54
Adipositas	2	42
Ischämische Herzerkrankung (KHK)	5	37
Arthrose, Arthritis	5	33
Chronische Atemwegserkrankung (Bronchitis, Asthma)	5	32
Ekzem	5	23
Diabetes mellitus	2	21
Allergische Rhinitis etc.	5	18
Hyperlipidämie	4	17
Psoriasis	2	13

Alle Zahlen beziehen sich auf die Personen, die in einer holländischen Praxis eingeschrieben sind; nur ein Teil davon wird als Patient in der Praxis vorgestellt. Zahlen über alle Altersgruppen!

### A-17.3 Multimorbidität in der Hausarztpraxis

### A-17.3

Mindestanzahl der chronischen Erkrankungen	Verdenstudie <sup>1</sup>	EVaS <sup>2</sup>	Niederlande <sup>3</sup>
	(Angaben in % abgerundet)		
2	25	40	27
3	18	17	22
4	14	7	12

<sup>1)</sup> Moehr, Haehn 1977; <sup>2)</sup> Schach, Schwartz, Kerek-Boden 1989; <sup>3)</sup> van Weel 1996

Ein nicht unwesentlicher Teil dieser Patienten, besonders der älteren Menschen, hat nicht nur eine, sondern **mehrere chronische Erkrankungen**; man spricht dann von **Multimorbidität**. Deshalb kann man in Tab. A-17.2 die Krankheitsfälle nicht einfach addieren. In Tab. A-17.3 ist ein Einblick zur Häufigkeit von Multimorbidität gegeben. In einer deutschen Untersuchung anhand von Krankenkassendaten hatten 2010 62% der Versicherten drei oder mehr Diagnosen von chronischen Erkrankungen. Je mehr ältere Menschen in der Praxis behandelt werden, desto höher liegt diese Zahl. Wie eine niederländische Langzeitstudie zeigt, nahm insbesondere die schwerwiegende chronische Multimorbidität im Zeitraum 1985–2005 auf etwa das Doppelte zu. Bei über 65-Jährigen sind 5 oder 6 chronische Erkrankungen gleichzeitig die Regel. Dabei gibt es typische Komorbiditäten, die häufiger zusammen auftreten, etwa im ‚metabolischen Syndrom‘ (Adipositas, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie und Diabetes mellitus) wie bei Herrn L. aus Fallbeispiel 1.

Für multimorbide Patienten gilt, dass sie sich nicht nur mit einer Erkrankung psychologisch auseinandersetzen, eine Umgangsform mit ihrer Einschränkung und ihrem Leid sowie der „Kränkung“ darüber finden müssen, sondern dies in Bezug auf gleichzeitig mehrere tun müssten. Da dies nicht immer in der Breite aufgrund der Zahl der Erkrankungen möglich ist, entscheidet der Patient faktisch nach seinen eigenen Prioritäten: Er behandelt bestimmte Themen gewissenhaft, andere eher mit Negation oder der unerwünschten sog. Non-Compliance.

Solche Priorisierungsentscheidungen – so unerwünscht sie auch unter Versorgungsgesichtspunkten erscheinen – haben eine Vernunft, wenn man die Stabilität der Person als ein sehr zentrales Ziel eines jeden Patienten ansieht. Die Vielzahl von Kränkungen und Eingriffen in ein „normales Leben“, die dauernde Erinnerung an die eigene Fragilität sind bei der Mehrzahl der Patienten nicht immer „aushaltbar“. Verdrängung ist die Folge, kann aber zum Stabilitätsmoment für die Integrität der Person werden – und kann daher auch vernünftig sein.

Ein nicht unwesentlicher Teil dieser Patienten, besonders der älteren Menschen, hat nicht nur eine, sondern **mehrere chronische Erkrankungen**; man spricht dann von **Multimorbidität**. Multimorbidität kann besonders großes Leid für den Patienten bedeuten. Multimorbidität macht einen **Koordinator der Versorgung** notwendig – dies können nur der Hausarzt und/oder ein Team in der Praxis sein.

**Für die hausärztliche Versorgung ergeben sich bei Multimorbidität zahlreiche zusätzliche Aufgaben.** Eine sehr zentrale besteht darin, gemeinsam mit dem Patienten Lösungen zu finden, wenn nicht mehr alle eigentlich geforderten Behandlungen – Leitlinien-gerecht – überhaupt anwendbar sind. Denn die Leitlinien-Vorgaben zur Behandlung **einer** Erkrankung sind häufig nicht kompatibel mit Vorgaben zu **anderen** Erkrankungen, die bei Multimorbidität zugleich vorliegen. Diese stellen z.T. Kontraindikationen zu dem dar, was in Bezug auf eine andere Erkrankung zur Behandlung vorgegeben wird.

Zudem ist allein die Zahl der in Multimorbidität einbezogenen Erkrankungen eine sog. relative Kontraindikation dafür, alles zu behandeln, was an Krankheiten vorliegt: Die Fülle einzunehmender Medikamente vermindert die Bereitschaft zur Einnahme derselben, und die Interaktionen und Nebenwirkungen der einzelnen Substanzen schließen eine gleichzeitige Gabe teilweise aus. Ähnliches gilt für die Lebensstil-Vorgaben bei einer Erkrankung, die nicht selten mit denen zu einer anderen kollidieren.

Da bei multimorbiden Personen also in der Regel nicht alle Krankheiten optimal behandelt werden können, bedarf es auch eines **koordinierenden Arztes**, der aufgrund seiner medizinischen Kenntnis und der Kenntnis des Patienten immer wieder und im Verlauf der Erkrankungen mit dem Patienten zusammen entscheidet, wo für ihn, den Patienten mit Multimorbidität, der Schwerpunkt der Behandlung liegen muss bzw. kann. Denn es müssen Kompromisse gemacht werden, die jedoch des Abwägens der unterschiedlichen Zielsetzungen des Patienten und der Medizin bedürfen und sich im Verlauf der Erkrankungen für den Patienten ändern (S. 608). Diese Aufgabe ist nicht durch den Spezialisten für eine der an Multimorbidität beteiligten Erkrankungen zu leisten. Sie kann am ehesten durch einen Hausarzt oder ein Team in der Hausarztpraxis erfüllt werden.

► Merke.

► Merke. Nicht alle chronischen Krankheiten sind jedes Mal auch Gegenstand des Arzt-Patienten-Kontaktes, wenn ein Patient die Praxis aufsucht. Es gibt viele chronische Erkrankungen, die – weil sie z. B. gut ‚kontrolliert‘ sind – eher selten zu Arztkontakten führen, etwa Hypertonie, Arthrose oder Hyperlipidämie. Andererseits muss der Hausarzt diese chronischen Krankheiten als den epidemiologischen Hintergrund mit bedenken, wenn ihn die Patienten aus anderen akuten Behandlungsanlässen (z. B. Erkältungskrankheiten, gastrointestinale Beschwerden) konsultieren.

17.2 Umgang mit chronischer Krankheit und chronischem Kranksein

## 17.2 Umgang mit chronischer Krankheit und chronischem Kranksein

Bei chronischen Erkrankungen muss der Patient eine lebenslange psychische Auseinandersetzung und Anpassung an die Krankheit leisten.

► Fallbeispiel.

► Fallbeispiel. Ein **35-jähriger Patient**, den ich seit einigen Jahren immer wieder mit sog. ‚banalen‘ Erkrankungen gesehen habe und der meist nur dann in der Praxis erschien, wenn die Symptomatik ungewöhnlich heftig und ausgeprägt war, kam diesmal zu mir, nachdem er über einige Wochen **„auf der Penisspitze“ eine Entzündung** hatte. Die weitere Anamnese erbringt einen ausgeprägten Durst sowie sehr häufiges Wasserlassen. Bei der körperlichen Untersuchung ergeben sich – bis auf eine Balanitis – keine weiteren Auffälligkeiten. Der wegen des Verdachtes auf einen Diabetes mellitus durchgeführte Blutzuckertest ergibt einen Wert über 240 mg%. Ich bestelle den Patienten für den nächsten Tag, um genauere Untersuchungen durchzuführen. Der Nüchtern-Blutzucker ist dabei 320 mg%, der HbA1c-Wert um 11 %, das C-Peptid ist postprandial deutlich erhöht. Das weitere Labor ist unauffällig; Aceton negativ. Am nächsten Tag – ausgestattet mit den Befunden – kläre ich den Patienten darüber auf, dass er eine Zuckererkrankung vom Typ 2 habe, beschreibe ihm die therapeutischen Möglichkeiten und entscheide mich aufgrund des Alters des Patienten dazu, ihm zu einer Insulin- und nicht zur oralen Medikation zu raten. Ich schließe aus, dass eine alleinige diätetische Behandlung bei dem nicht übergewichtigen Patienten einen ausreichenden Erfolg zeitigen könnte. Der Patient hört sich alles an, stellt Fragen und entscheidet sich dann relativ sicher dazu, „es doch erst einmal mit der Diät zu versuchen“. Sein Vater habe auch einen Diabetes mellitus und sei über mehrere Jahre mit der Diät allein „hingekommen“. Nach einigen Erkundigungen über seine Essensgewohnheiten weise ich darauf hin, dass ich kaum Möglichkeiten sehe, seine Zuckererkrankung mit Diät allein zu behandeln. Der Patient will es dennoch versuchen. Ich akzeptiere seinen Vorschlag und bitte ihn aber, bei Verschlechterung der Symptomatik sofort, ansonsten zu einem festen Termin in zwei Wochen zur Kontrolle zu kommen. Der Patient kommt nicht, ich rufe ihn in der dritten Woche an und

erinnere ihn, aber er kommt immer noch nicht. Schließlich erreiche ich nach weiteren 2 Anrufen, dass er in der 7. Woche nach primärer Diagnosestellung erneut zur Blutzuckerkontrolle kommt. Der Blutzucker nüchtern liegt jetzt bei 280 mg%, der postprandiale Wert bei 380 mg%. Ich spreche mit dem Patienten über die Notwendigkeit einer Behandlung, er gibt mir jedoch zu verstehen, dass er glaube, der Zucker sei Ausdruck einer Auseinandersetzung mit seinem Vater, der mit einem Dickdarmkarzinom bald sterben müsse und ihn selbst unter Zeitdruck brächte, „einige Dinge noch mit ihm zu regeln“. Er wolle dies erst erledigen, bevor er sich auf mehr als Diät einlasse.

Der Mann meldet sich dann – obwohl ein früherer Termin vereinbart ist – erst nach weiteren acht Wochen: Der Blutzucker liegt postprandial im gleichen Bereich wie bei der letzten Kontrolle. Der Vater des Patienten ist inzwischen verstorben, und der Patient möchte erst eine lange Reise machen, bevor er sich zu einer weitergehenden Behandlung durchringt. Er hat inzwischen wiederum eine Balanitis und fragt erneut nach entsprechenden Cremes. Ich kann ihn nicht zu mehr überreden und sehe den Patienten erst weitere drei Monate später mit ähnlichen Zuckerten. Nun versuche ich wiederum ins Gespräch zu kommen, warum er denn nicht bereit sei, sich behandeln zu lassen; ob es daran läge, dass er eigentlich tief gekränkt sei, eine Krankheit zu haben. Er lehnt dies und ähnliche Angebote ab und verweist darauf, dass er sich das Ganze auf einer anderen psychologischen Ebene erkläre, nämlich der Auseinandersetzung mit seinem Vater.

Nach weiteren zwei Monaten erscheint er dann wieder (nachdem ich ihn mehrmals angerufen habe) und möchte es – gegen meinen Rat – mit Acarbose „probieren“. Die Therapieveruche hiermit ziehen sich über ein Vierteljahr hin – ohne auch nur annähernd ausreichenden Erfolg. Ich verweise nochmals auf die Sinnhaftigkeit einer Insulintherapie und schneide die Frage seiner „Kränkung“ an. Der Patient ist diesmal lediglich zur zusätzlichen Einnahme von Glibenclamid bereit. Auch hierunter kommt es zu keiner ausreichenden Beeinflussung des Blutzuckers. Wir sprechen wieder einmal über die Zuckereinstellung, sein Verhältnis zu seiner Erkrankung, seine Lebensperspektive. Schließlich, an einem Freitagabend, kommt er – ohne Aufforderung durch mich – in die Praxis und möchte mit Insulin anfangen. Ich erkläre ihm die verschiedenen Prinzipien, er entscheidet sich zu einer Basis-Bolus-Gabe; ich zeige ihm die Injektionstechnik, er möchte am nächsten Tag anfangen. Unglücklicherweise bin ich für eine Woche verreist, und bitte ihn, erst eine Woche später mit der Therapie zu beginnen, weil ich bei der Interpretation der Blutzuckerwerte und der Festlegung der Insulindosis behilflich sein müsse. Er lehnt dies hartnäckig ab und möchte sofort beginnen. Auch längere Überredungsversuche bringen ihn nicht davon ab, er müsse morgen oder spätestens übermorgen damit beginnen. Schließlich lasse ich mich darauf ein, organisiere einige Maßnahmen für den Notfall und er fängt an. Nach meiner Rückkehr kann er gut injizieren, und sein Blutzucker liegt in einem akzeptablen Bereich, in wenigen Wochen ist er gut eingestellt. Dies gilt auch – mit ganz wenigen Ausnahmen – für die Folgejahre.

► **Fallbeispiel.** Eine **68-jährige Frau**, die ich seit einigen Jahren mit funktionellen Störungen, einem nicht zu klärenden Schwindel, unklarer Übelkeit sowie einem unklaren Brennen im Bereich der Oberschenkel regelmäßig betreue (ohne dass wir uns auf eine klare Diagnose einigen konnten), **klagt in letzter Zeit zunehmend über Kopfschmerzen**. Mehrere Blutdruckmessungen zeigen – im Vergleich zu früher – dass sich ein arterieller Hochdruck mit Werten um 160/95 bis maximal 170/100 mmHg entwickelt hat. Die Patientin sieht hier die Erklärung nicht nur für ihren Kopfschmerz, sondern auch für viele weitere Symptome einschließlich des häufig auftretenden Schwindels. Ich bin eher skeptisch und äußere dies auch. Sie ist aber überzeugt, dass hier die Erklärung für all ihr Leid zu suchen sei. Sie möchte behandelt werden, ich bin weiterhin zögerlich und versuche dies zu verhindern, verweise auf das Fehlen weiterer kardiovaskulärer Risikofaktoren und auf die Möglichkeit längerfristiger Kontrollen. Sie will aber jetzt behandelt werden. Schließlich entscheide ich mich zu einer milden Therapie (Thiaziddiuretikum). Der Blutdruck lässt sich gut einstellen; dennoch hat sich die Patientin nach wenigen Wochen ein Blutdruckmessgerät zugelegt und misst nun täglich 2- bis 4-mal. Dabei stellt sich ein Problem ein, das bei Selbstmessung nicht selten ist: Immer wieder kommen Werte mit für mich unplausibler Höhe oder Tiefe des Blutdrucks zustande. Die Patientin ist alarmiert, ja in Panik. Sie kommt in die Praxis und bespricht ihre einzelnen Werte im Detail. Mir gelingt es jedoch nicht, sie davon zu überzeugen, dass die Werte im Großen und Ganzen doch hervorragend gut seien. Sie sucht nacheinander zwei Kardiologen auf und wird umfangreicher Diagnostik bis zur Myokardszintigrafie unterzogen. Seitdem ist sie mit dem Thema des Hochdrucks in exakter Buchführung beschäftigt; es wird ein wesentlicher Lebensinhalt.

► **Fallbeispiel.**

Beide Patienten stellen die **Bandbreite des Problems chronischen Krank-Seins** dar. Zusammengefasst kann man von dem Patienten aus Fallbeispiel 2 sagen, dass er es nicht wahrhaben will, krank zu sein und alle möglichen anderen Erklärungen dafür heranzieht. Er glaubt im Grunde genommen daran, weiter gesund zu sein und nur einen kurzfristigen „Betriebsfehler“ aufzuweisen. Am Schluss – als „Sturz in die Akzeptanz der Erkrankung“ – will er unbedingt sofort mit der Behandlung beginnen, also die Krankheit akzeptieren.

Der Patient aus Fallbeispiel 2 will nicht wahrhaben, chronisch krank zu sein und zieht alle möglichen anderen Erklärungen dafür heran.

## A-17.4

## A-17.4 Umgang mit der chronischen Erkrankung

Patient	Arzt
Ausgliederung – Verdrängung/ Verleugnen	Ausgliederung – Herunterspielen
Krankheit wird – selbst wenn sinnlos – bekämpft	Bekämpfung – auch Placebo-Einsatz – mit allen Mitteln, Polypragmasie
Krankheit wird zum strukturierenden Mittelpunkt (Strafe/Schicksal)	Krankheit ist zentraler Inhalt der Arzt-Patient- Beziehung, der selbst Nebenwirkungen/Lebens- qualität vergessen lässt
Anpassung an die Einschränkung	Angemessene Begleitung des Patienten
Die Krankheit wird als Zerstörung erlebt, Resignation	Arzt leidet mit und wird resignativ

## A-17.5

## A-17.5 Aspekte von chronischem Krank-Sein

1. Für immer bestehende, zunehmend sich verschlechternde Krankheit mit Komplikationen, Folgen und ggf. vorzeitigem Tod
2. Einschränkung körperlicher Integrität/Wohlbefinden
3. Veränderung des Selbstkonzeptes, der Identität; Kränkung
4. Hilflosigkeit/Ausgeliefertsein
5. Eigene Krankheitskonzepte (S. 211)
6. Anpassungsnotwendigkeit an neue, verbleibende Möglichkeiten
7. Anpassungsnotwendigkeit an neues Selbstkonzept und neue soziale Rolle mit veränderten Rollen/Aktivitäten
8. Verändertes emotionales Gleichgewicht; Suche nach neuen „Werten“, Zielen
9. Todesangst
10. Einsatz der Krankheit im Alltagsleben zum eigenen Nutzen (sekundärer Krankheitsgewinn)
11. Einsatz der chronischen Krankheit zum „Bannen“ psychischer Ängste, Spannungen, Konflikte (körperliche Krankheit = psychische Stabilisierung)

Die Patientin aus Fallbeispiel 3 hingegen greift begierig die Diagnose einer chronischen Erkrankung auf.

In der Tab. A-17.4 sind fünf verschiedene Formen des Umgangs mit chronischer Erkrankung aufgeführt.

Zur Bedeutung des chronisch Krank-Seins für den Patienten s. Tab. A-17.5.

Alle weiteren Aspekte betreffen die **psychologische Bearbeitung und Bewältigung (Coping)** einer chronischen Erkrankung. Chronisch krank zu sein, beinhaltet erst einmal eine **starke Bedrohung des bisherigen Selbstkonzeptes** eines Menschen, seiner Identität.

Die Patientin aus Fallbeispiel 3 hingegen greift begierig die Diagnose einer chronischen Erkrankung auf, widmet sich ihr und meint, damit einen Großteil ihrer Symptomatik zu erklären, möglicherweise auch in irgendeiner Form zu bannen. Selbst wenn sich im Verlauf herausstellt, dass dies nicht gelingen kann, so hält sie doch an der Diagnose fest und versucht, bei der Betreuung der chronischen Erkrankung (Blutdruck messen) mitzuarbeiten – dies jedoch in einer Weise, die medizinisch inadäquat genau und detailliert erscheint.

Der Hintergrund, der so verschiedenes Verhalten verständlich macht, ist die **unterschiedliche „Umgangsform“ mit chronischer Erkrankung, also das unterschiedliche chronische Krank-Sein**. In der Tab. A-17.4 sind 5 verschiedene Formen des Umgangs mit chronischer Erkrankung aufgeführt, die eine Entwicklung (von 1 nach 5) beschreiben, aber auch von verschiedenen Patienten in unterschiedlicher Weise gewählt werden können.

Muster in den unterschiedlichen Umgangsformen mit einer chronischen Krankheit sind die in Tab. A-17.5 aufgeführten Aspekte, die beschreiben, was chronisches Krank-Sein beinhaltet. Nur die Punkte 1 und 2 haben etwas mit der **konkreten Krankheit** und ihren unmittelbaren Auswirkungen zu tun; bei den sog. asymptomatischen Erkrankungen entfällt sogar der Punkt 2 für lange Strecken des chronischen Krank-Seins.

Alle weiteren Aspekte betreffen die **psychologische Bearbeitung und Bewältigung (Coping)** einer chronischen Erkrankung. Chronisch krank zu sein beinhaltet erst einmal eine **starke Bedrohung des bisherigen Selbstkonzeptes** eines Menschen, seiner Identität. Dies wird immer als starke Kränkung, als Ausgeliefertsein, also als Hilflosigkeit erlebt (Punkt 3 und 4). Der Betroffene steht unter der Anpassungsnotwendigkeit an die neuen verbleibenden Möglichkeiten in seinem Leben. Das Leben verändert sich mit der Diagnose einer chronischen Erkrankung – selbst einer asymptomatischen! – unmittelbar: Es muss ein neues Selbstkonzept, eine neue soziale Rolle

gefunden werden, es müssen neue Perspektiven entwickelt werden, die möglichen oder gewollten Aktivitäten und Schwerpunkte im Leben müssen neu bestimmt, ausprobiert und akzeptiert werden (Punkt 6 bis 8).

Dabei fehlt im Prozess der chronischen Krankheit oft ein neues Gleichgewicht, denn die Krankheit schreitet fort mit zunehmender Einschränkung der Alltagsfähigkeiten (z. B. abnehmende körperliche Belastbarkeit bei chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung); oder das mühsam neu gewonnene Selbstkonzept wird immer wieder erschüttert, oft mit Erschöpfung der Anpassungsfähigkeit und depressiver Reaktion (in Fallbeispiel 1 durch Verlust des Berufes). Und bei zahlreichen chronischen Erkrankungen schwebt immer eine Todesangst im Hintergrund (Punkt 9). Coping ist bei vielen chronischen Krankheiten also ein ständiger Prozess des Umgangs mit dem (anfangs neuartigen) chronischen Krank-Sein, der Sicherung des emotionalen Gleichgewichts und der Fortsetzung befriedigender Beziehungen mit anderen Personen (was Herrn L. aus Fallbeispiel 1 nicht gelingt).

Durch chronische Erkrankung ergibt sich aber auch die Möglichkeit, die Krankheit „nutzvoll“ zu integrieren, um etwas in der Familie, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz etc. durchzusetzen (sekundärer Krankheitsgewinn) (Punkt 10). Dies kann bei Machtausgleichsetzungen in der Familie, aber auch im sozialmedizinischen Bereich im Sinne der Durchsetzung etwa von Rentenansprüchen genutzt werden. Noch komplizierter (Patientin aus Fallbeispiel 3) ist die Nutzung einer körperlichen Erkrankung zur „Bannung“ psychischer Spannungen und Konflikte. Es scheint so zu sein, dass mit einer chronischen Erkrankung und mithilfe der Erklärungsmöglichkeit vieler, eigentlich funktioneller Störungen auch psychische Konflikte verdrängt werden können (S. 229 ff.).

Coping ist bei vielen chronischen Krankheiten ein ständiger Prozess des Umgangs mit dem (anfangs neuartigen) chronischen Krank-Sein, der Sicherung des emotionalen Gleichgewichts und der Fortsetzung befriedigender Beziehungen mit anderen Personen.

► **Merke.** Chronische Erkrankung beinhaltet neben der dazu notwendigen organischen Komponente wesentlich auch die gewählte Umgangsform mit der Erkrankung (Krank-Sein). **Ein Großteil der Probleme, die sich bei der Betreuung chronisch Erkrankter ergeben, ist nicht auf die Krankheitsdiagnose, sondern vielmehr auf die Umgangsweise des Patienten mit seiner chronischen Erkrankung zurückzuführen.**

► **Merke.**

► **Merke.** Dabei kommt dem Hausarzt in der Betreuung chronisch Kranker die **wichtige Rolle** zu, die **Patienten zu schützen** sowohl vor

► **Merke.**

- **Unterversorgung** (Übersehen oder verzögertes Stellen von Diagnosen, unzureichende Motivation, Beratung und Begleitung [möglicherweise in Fallbeispiel 1], unzureichende medikamentöse/nicht medikamentöse Behandlung, unzureichende Kooperation mit Spezialisten oder anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, Verdrängung/Verleugnen durch den Patienten [Fallbeispiel 2]) als auch vor
- **Übersorgung** (Fallbeispiel 3).

Die Gefahren einer medizinischen Übersorgung, vor denen der Hausarzt seine chronisch kranken Patienten schützen muss, liegen in mehreren Bereichen:

- Durch Vermehrung medizinischer Maßnahmen steigen Risiken und Gefahren wie z. B. unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei Medikation (Diuretikum).
- Nicht indizierte Diagnostik führt zu falsch positiven Befunden, die mit zunehmender Invasivität abgeklärt werden müssen (Myokardszintigrafie).
- Durch den Verzicht auf Verlaufsbeobachtung und angemessene Beratung des Patienten droht eine somatische Fixierung auf die Krankheit mit Chronifizierung (neuer Lebensinhalt).

Durch die Mitteilung der Diagnose (s. u.) können auch Sorgen und Ängste ausgelöst werden; die Menschen werden an das Gesundheitswesen gebunden, „medikalisiert“; nur mit medizinischer Kontrolle scheint das Leben noch möglich (S. 215).

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 und mit der Krankheit zu leben. Kraft für Gesundsein kann aus der ei-

Gefahren einer medizinischen Übersorgung:

- Mehr Maßnahmen vermehren auch Risiken und Gefahren.
- Falsch positive Befunde führen zu weiterer (invasiver) Abklärung.
- Gefahr der somatischen Fixierung.

### 17.3 Mitteilung der Diagnose

Bei der Mitteilung einer chronischen Erkrankung wird dem Patienten bewusst, dass sich sein Leben verändern wird.

Die bisherige Identität ist gefährdet, es findet eine tiefe Kränkung statt.

Man muss immer mit einer Abwehr (im Sinne der ersten Stufe von Tab. A-17.4) rechnen. Ganz selten ist es so, dass ein Patient seine Diagnose emotional wirklich akzeptiert und primär mit einer anderen Abwehrstufe reagiert. Der Patient muss deshalb langsam auf die Diagnose und die Tragweite der Diagnose vorbereitet werden!

► **Merke.**

genen 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.

## 17.3 Mitteilung der Diagnose

Einem Patienten zu sagen, er habe eine rheumatoide Arthritis, beinhaltet, ihm auch mitzuteilen, dass er lebenslang Schmerzen haben werde und mit Deformationen zu rechnen habe. Einem Patienten zu sagen, dass ein Diabetes mellitus vorliege, bedeutet lebenslange Veränderung des Essverhaltens, Abhängigkeit von Medikamenten, möglicherweise sogar von täglichen Injektionen. Die vielfältigen Aspekte dessen, was chronisches Krank-Sein ausmacht (Tab. A-17.5), werden schlagartig für den Patienten wirksam: Plötzlich ist er nicht mehr der, der er war, er ist „Invalide“, und damit werden Lebensgewohnheiten, berufliche und private Zielstellungen in Frage gestellt.

Ist alles noch so realisierbar, wie bisher vorgestellt, kann man noch in seinem Beruf arbeiten, wie lange lebt man überhaupt noch? Dies sind nur einige Fragen, die auftauchen. Die bisherige Identität ist gefährdet, es findet eine tiefe Kränkung statt.

All dies lässt sich beobachten, selbst wenn die chronischen Erkrankungen, um deren Mitteilung es geht, nicht symptomatisch sind. Die Information, es läge ein Hochdruck oder eine Hyperlipidämie vor, induziert bei einem Großteil der Patienten – insbesondere wenn sie jünger sind und Krankheit noch wenig in das Selbstbild passt – die oben beschriebenen Gefühle und Fragen.

Was liegt da näher, als von Seiten des Patienten an der Diagnose zu zweifeln, sie nicht wahrhaben zu wollen und über längere Zeit zu verleugnen. Man hat also immer mit einer Abwehr (im Sinne der ersten Stufe von Tab. A-17.4) zu rechnen. Ganz selten ist es so, dass ein Patient seine Diagnose emotional wirklich akzeptiert und primär mit einer anderen Abwehrstufe reagiert. Dies ist eher dann zu erwarten, wenn ein sekundärer Krankheitsgewinn oder eine psychische Stabilisierung durch die Organerkrankung zu erreichen ist (Tab. A-17.5, Punkt 10 und 11). Aus dem Wissen um diese Problematik liegt es daher nahe, den Patienten langsam auf die Diagnose und deren Tragweite vorzubereiten.

Langsam bedeutet unter anderem auch, dass bereits bei verschiedenen Stufen der Diagnostik und zunehmender Wahrscheinlichkeit einer chronischen Erkrankung Hinweise auf mögliche Krankheiten und deren Konsequenzen gegeben werden. Dies gibt dem Patienten Gelegenheit, sich zunehmend mehr emotional auf das Vorliegen einer chronischen Erkrankung und damit die Notwendigkeit von erheblichen Veränderungen einzulassen. In dieser Situation ist es häufig von Vorteil, eine eher stufenweise und langsame Diagnostik mit möglichst vielen Arzt-Patienten-Kontakten durchzuführen.

► **Merke.** Wichtig ist es auch, vom Patienten zu erfahren, was er von der jeweiligen Diagnose schon weiß, um hier gegebenenfalls Missverständnisse, Vorstellungen über besonders schwerwiegende, aber untypische Verläufe etc. aus dem Wege zu räumen. Bei derartigen Gesprächen wird dann auch das Krankheitskonzept des Patienten (sein Verständnis von der Erkrankung, seine Gefühle und sein Umgang mit dieser) transparenter. Dies ist für die Schaffung eines gemeinsam ausgehandelten und soliden Betreuungskonzeptes von größter Bedeutung (S. 211f).

Es kann auch richtig sein, dem Patienten noch eine Konsultation bei einem Spezialisten vorzuschlagen, um die Diagnose von einer anderen Seite bestätigen zu lassen. Dies wird bei einem Teil der Erkrankungen in Frage kommen, bei denen der Patient nicht schon durch nachvollziehbare Untersuchungsbefunde überzeugt ist, dass sein Arzt mit der Diagnose „richtig liegt“.

Bei der Diagnosestellung einer rheumatoiden Arthritis zum Beispiel ist häufiger zu beobachten, dass Patienten – in dem Wunsch, die Krankheit zu negieren – einen anderen Arzt aufsuchen. Sie hegen dabei die Hoffnung, dass dieser sie von der Diagnose „befreit“. Für eine längerfristig gute Arzt-Patienten-Beziehung mag es in solchen Fällen dann in der Tat besser sein, man schlägt als Hausarzt eine derartige Konsultation selbst vor. Damit ist dann auch schon eine möglicherweise sinnvoll erscheinende Kooperation des Hausarztes mit dem Spezialisten gebahnt.



## ► Merke.

- Langsam zur Diagnose führen.
- Nach Krankheitskonzepten des Patienten zur Erkrankung fragen.
- Gegebenenfalls anderen Arzt konsultieren (lassen).

## ► Merke.

## 17.4 Krankheitskonzept des Patienten

Krankheitskonzepte beinhalten die Gesamtheit der Gedanken, Gefühle und handlungsbezogenen Momente eines Menschen in Bezug auf (seine) Krankheit. Sie sind historisch und durch die Familie geprägt, krankheitsspezifisch und von Patient zu Patient individuell unterschiedlich. Sie umfassen prozesshaft die Wahrnehmung, Bewertung und Verarbeitung von Krankheit. Krankheitskonzepte sind ein zentraler Einflussfaktor auf das Verhalten sowohl des Patienten als auch des Hausarztes und beeinflussen stark ihre Arzt-Patienten-Beziehung, den Verlauf und das Ergebnis der Betreuung. Die Vorstellungen, die Menschen von ihrem alltäglichen Krank-Sein haben, haben psychosoziale und Umwelteinflüsse immer schon sehr viel stärker einbezogen als das institutionelle medizinische Konzept, das wir als Ärzte vertreten. Dieser Unterschied zwischen dem subjektiven Morbiditätsbegriff (Patient) und dem medizinischen Morbiditätsbegriff (Arzt) bestimmt überwiegend die kurzen Kontakte zwischen den beiden Welten in unserer Sprechstunde.

Derjenige Anteil der „Krankheitsinformation“, der sowohl der subjektiven Sicht des Patienten als auch der professionellen, aber ebenfalls subjektiven Beurteilung des Arztes entspricht, stellt damit nur eine Teilmenge des Problems dar und ist u. a. stark vom Sprachrepertoire der Beteiligten abhängig. Die Schwierigkeit, die daraus erwächst, spüren wir besonders, wenn wir z. B. Patienten beraten, die kaum Deutsch sprechen: Wir verstehen dann nicht, welche Vorstellung der türkische Patient von seinem Krank-Sein hat; wir können ihn zwar untersuchen, aber die Befunde nicht mit ihm zusammen deuten und qualifizieren die Krankheit dann als „Mittelmeersyndrom“ ab.

**Die Krankheitskonzepte des Patienten müssen deshalb auch in ihrem biografischen und soziokulturellen Kontext gesehen werden.** Dabei steht der Hausarzt innerhalb des professionellen Gesundheitssystems im Idealfall durch Kenntnis von häuslichem Umfeld und Familie, durch Langzeitbetreuung und Gemeindebezogenheit der Lebenswelt des Patienten noch am nächsten. **Patient und Arzt haben verschiedene Konzepte von Wirklichkeit, von „Wahrheit“, die gleichwertig und gleich wichtig sind.**

Wenn Krankheitskonzepte eine Rolle in der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung bei den Patienten spielen, sollte man mit großer Eigenständigkeit und hohem Veränderungswiderstand rechnen. Das heißt, dass ich mit vermeintlich richtigen Argumenten ein vermeintlich abstruses Krankheitskonzept des Patienten nicht einfach ändern kann (Fallbeispiel 2).

Auseinandersetzung mit und Bewältigung von chronischer Krankheit (Coping) heißt für die Betroffenen nicht nur „Anpassung“ an die Krankheit, indem man z. B. gewohnte Verhaltensweisen ändert; es heißt auch, die Krankheit „verstehen“ zu lernen und sie dann als Bestandteil des eigenen Lebens akzeptieren zu können. Menschen formulieren im Zuge solcher Auseinandersetzungsprozesse Annahmen über das Wesen ihrer Krankheit, suchen nach Erklärungen und nehmen Deutungen vor – sie bauen also krankheitsbezogenes Wissen auf, das sich zu subjektiven Krankheits-theorien organisiert (Fallbeispiele 2 und 3). Sie dienen im Prozess des Coping dazu, das durch die Diagnose einer Krankheit erschütterte Vertrauen in eine geordnete, verstehbare und vorhersagbare Welt wiederzugewinnen und sind damit auch gesundheitsfördernd (salutogen).

Aber auch wir Ärzte selbst haben Krankheitskonzepte, die neben theoretischem Expertenwissen auch Alltagswissen einschließen. Sie entspringen einerseits den in der Ausbildung und in der Berufstätigkeit erworbenen Handlungspraktiken, insbesondere auch unseren Erfahrungen im Umgang mit Patienten. Andererseits spielen auch unsere eigenen langfristig tradierten kulturellen und familiengeschichtlichen Erfahrungen eine Rolle. Sie sind allgegenwärtig und für unsere Entscheidungsfindung (S. 606) wie für unser Handeln nicht zu unterschätzen. Beide – Patienten und Ärzte – bringen also in ihre Begegnung sowohl ihre eigene Geschichte als auch ihre eigenen Erfahrungen ein.

### 17.4 Krankheitskonzept des Patienten

Krankheitskonzepte beinhalten die Gesamtheit der Gedanken, Gefühle und handlungsbezogenen Momente eines Menschen in Bezug auf (seine) Krankheit.

Die Krankheitskonzepte des Patienten müssen in ihrem biografischen und soziokulturellen Kontext gesehen werden.

Patient und Arzt haben verschiedene Konzepte von Wirklichkeit, von „Wahrheit“, die gleichwertig und gleich wichtig sind.

Auseinandersetzung mit und Bewältigung von chronischer Krankheit (Coping) heißt für die Betroffenen nicht nur „Anpassung“ an die Krankheit, indem man z. B. gewohnte Verhaltensweisen ändert; es heißt auch, die Krankheit „verstehen“ zu lernen und sie dann als Bestandteil des eigenen Lebens akzeptieren zu können.

## ► Merke.

► **Merke.** Eine wichtige Frage im Arzt-Patienten-Kontakt vor der Mitteilung einer Diagnose ist daher die **Frage an den Patienten: „Was denken Sie, was Sie haben?“** Wenn wir als Hausärzte Beschwerden des Patienten auf dem Hintergrund unseres eigenen Krankheitskonzeptes behandeln, das *nicht* zum Krankheitskonzept des Patienten passt, wird die Therapie nicht helfen, und die Konkordanz (S. 213) des Patienten wird schlecht sein.

## 17.5 Aushandlung eines gemeinsamen Betreuungskonzeptes

Wichtig ist ein medizinisches Konzept zu Diagnostik und Therapie; dieses Konzept muss vom Patienten mit seinem individuellen Krankheitskonzept akzeptiert werden können.

## ► Fallbeispiel.

► **Fallbeispiel.** Ein **24-jähriger Patient**, Student der Mathematik, hat eine **heftige, ungewöhnlich lang anhaltende Durchfallerkrankung**, bei der sich nach entsprechender Diagnostik die Diagnose eines Morbus Crohn stellen lässt. Nach Kortisontherapie und Sistieren von Durchfällen und Schmerzen zeigt sich, dass die schon anfänglich aufgefallene Erhöhung der alkalischen Phosphatase und der Gamma-GT sich nicht normalisiert.

Es wird daher eine weitergehende Diagnostik angeschlossen, mit dem Ergebnis einer sehr frühen Form einer primär sklerosierenden Cholangitis. Der Patient hat durch Lektüre und Internet-Recherche schnell erfahren, dass diese Erkrankung – nach den Lehrbüchern – in kurzer Zeit eine Lebertransplantation nötig macht. Da ich ahne, dass der Patient, den ich schon lange kenne, sich alle erreichbare Literatur beschaffen würde, bereite ich ihn schon bei Diagnosemitteilung auf diese „katastrophalen“ Aussichten vor, relativiere diese aber soweit wie möglich. Trotz meiner Relativierung gelingt es, den Patienten erneut zu einer Behandlung mit Kortikosteroiden und Ursodesoxycholsäure zu motivieren. Nach wenigen Wochen sind die Werte normal, Kortison kann reduziert werden, und schließlich kommt der Patient allein mit Ursodesoxycholsäure aus. Nun aber – der Patient ist völlig beschwerdefrei – will er mehr tun. Er will kämpfen und tut dies dann mit dezidierter Computeraufzeichnung aller erhobenen Kontrollwerte und verwendeten Dosierungen. Der Patient bewegt sich auf den Umgangsstufen 2 und 3 des Schemas, in Tab. A-17.4. Er schlägt von sich aus vor, eine Psychotherapie zu beginnen und lässt sich zudem durch eine Heilpraktikerin mit zahlreichen Spurenelementen und immer wieder durchgeführten sog. Darmreinigungen behandeln. Sein Krankheitskonzept beinhaltet also Anteile, die von meinem Konzept deutlich abweichen, die ich aber kenne und akzeptiere. In der Abwägung meiner Aufgaben in der Unterstützung des Copings meines Patienten einerseits, des Schutzes vor Überversorgung andererseits entscheide ich mich sogar, ihn in seinem Krankheitskonzept zu bestätigen. Zu erwähnen ist, dass der Patient bis heute (über fast fünf Jahre) nie mehr eine nennenswerte Darmsymptomatik erlitten hat. So läuft bei dem Patienten (gemessen an Labor, ERCP und Histologie mit gutem Erfolg) eine Therapie mit Gallensäuren, Spurenelementen, Psychotherapie und Darmreinigungen parallel.

Bei der **Aushandlung eines gemeinsam getragenen Betreuungskonzeptes** sind also folgende Fragen wichtig:

- Auf welcher Umgangsstufe mit chronischer Erkrankung steht der Patient (Tab. A-17.4)? Ein gemeinsames Konzept kann nie gefunden werden, wenn Arzt und Patient völlig unterschiedliche Umgangsformen haben, z. B. der Arzt eine sehr eingreifende Behandlung favorisiert (Stufe 3), der Patient sich jedoch noch im Bereich des Negierens und Verdrängens befindet (Stufe 1).
- Welche Coping-Kräfte und salutogenen Ressourcen stehen dem Patienten zur Verfügung?
- Welches Krankheitskonzept hat der Patient von der Erkrankung und welchen Teil davon muss der Arzt in seinem Medizinkonzept berücksichtigen?
- Welche möglichen zusätzlichen Motive gibt es auf Seiten des Patienten, einem Betreuungskonzept zu folgen? Dies ist insbesondere bei asymptomatischen Erkrankungen von großer Bedeutung, da hier die Beschwerden keine Motivation schaffen können.

Bei einem **gemeinsamen Betreuungskonzept** muss Folgendes beachtet werden:

- Auf welcher Umgangsstufe mit chronischer Erkrankung steht der Patient (Tab. A-17.4)?
- Welche Coping-Kräfte und salutogenen Ressourcen hat der Patient?
- Welches Krankheitskonzept hat der Patient, was muss der Arzt in seinem Medizinkonzept berücksichtigen?
- Welche möglichen Zusatzmotive gibt es auf Seiten des Patienten, einem Betreuungskonzept zu folgen?

## 17.6 Konkordanz oder Compliance

Der Begriff der Compliance wird gleichgesetzt mit „Gehorsamkeit des Patienten“ in Bezug auf ärztliche Anordnungen, etwa Medikamentenverordnungen. Die Therapiebefolgung und -mitarbeit definiert also das „richtige“ Denken und Handeln des Patienten gemessen an dem Expertenwissen des Arztes. Im Umkehrschluss heißt Non-Compliance fehlerhaftes, defizitäres Handeln des Patienten – gemessen am ärztlichen Standard.

Dieses Compliance-Verständnis stammt aus der Zeit einer paternalistischen, hierarchisch geordneten Arzt-Patienten-Beziehung, bei dem die Behandlungsempfehlungen und die Krankheitskonzepte des Arztes per se korrekt waren. Die Schwierigkeiten einer so geforderten Compliance zeigen sich vor allem in der Behandlung von chronischen Erkrankungen. Die Höhe der Non-Compliance, die zwischen 20% (Asthma) und 70% (rheumatische Erkrankungen) liegt, verdeutlicht die Problematik einer nicht geglückten paternalistischen Zusammenarbeit.

Der **Compliance-Begriff** hat sich im Laufe der Zeit gewandelt, er wurde zunehmend interaktiver definiert:

- Im **direktiven Modell** verordnet der Arzt, der Patient gehorcht (Therapiegehorsam).
- Im **passiven Modell** verordnet der Arzt, der Patient ‚glaubt an die Richtigkeit‘ (Therapie-treue).
- Im **aktiven Modell** verordnet der Arzt, der Patient arbeitet mit (Therapie-mitarbeit).
- Im **interaktiven Modell** findet ein wechselseitiger Austausch und Aushandlungsprozess zwischen Arzt und Patient statt (Therapiekooperation).

Der geglückte Aushandlungsprozess eines gemeinsam getragenen Betreuungskonzepts auf dem Boden einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung mündet in **Konkordanz** zwischen Patient und Arzt, und statt von Behandlung sprechen wir in der patientenzentrierten Allgemeinmedizin von Betreuung und Begleitung.

Bei chronischen Erkrankungen, bei denen es einerseits um die Reduktion oder Vermeidung akuter Symptome, andererseits um die längerfristige Beeinflussung des Krankheitsgeschehens und die Verhinderung von Folgeerkrankungen, Komplikationen und vorzeitigem Tod geht, ist eine gute Konkordanz wesentliche Grundlage für einen Erfolg. Erst die genaue, evidenzbasierte Kenntnis der Prognose der Erkrankung und des Nutzens therapeutischer Maßnahmen erlaubt eine angemessene Information des Patienten.

Der Arzt muss seinerseits das Krankheitskonzept des Patienten erfragen. Gemeinsam müssen die Auswirkungen der Erkrankung und einer möglichen Therapie auf die Lebensqualität des Patienten abgewogen werden, und gemeinsam werden die Fähigkeit des Patienten zum Selbstmanagement, seine salutogenen Ressourcen und die Unterstützungsmöglichkeiten des Arztes beurteilt. Damit wird in der Langzeitbetreuung des chronisch kranken Menschen **für jeden Patienten ein ganz eigenes, individuelles Betreuungskonzept** entwickelt, das nicht nur von Patient zu Patient, sondern auch von den Empfehlungen der evidenzbasierten Medizin erheblich abweichen kann.

In der Tab. **A-17.6** sind weitere wesentliche Einflussbedingungen auf Compliance und Non-Compliance festgehalten.

Allerdings führen Konkordanz und zuverlässiges Selbstmanagement des Patienten nicht automatisch zu einer optimalen Behandlung der chronischen Krankheit, wie Fallbeispiel 1 zeigt. Herr L. geht compliant und selbstverantwortlich mit der medikamentösen Therapie und den Kontrollen um. Aber chronisches Krank-Sein ist auch komplex von psychosozialen Aspekten, dem Ausmaß der Coping-Kräfte, sozialer Unterstützung u. a. abhängig.

Aus der Einschätzung, dass der Patient ein bestimmtes Betreuungskonzept nicht oder zumindest zum jetzigen Zeitpunkt nicht akzeptieren kann, resultiert meist, dass auf ein weniger gutes medizinisches Konzept zur Behandlung zurückgegriffen wird, weil für mehr „der Patient nicht zu gewinnen ist“.

## 17.6 Konkordanz oder Compliance

Der Begriff der Compliance ist gleichbedeutend mit „Gehorsamkeit des Patienten“ in Bezug auf ärztliche Anordnungen, etwa Medikamentenverordnungen.

Es gibt mehrere Compliance-Modelle.

Ein gemeinsam getragenes Betreuungskonzept mündet in **Konkordanz** zwischen Patient und Arzt.

In der Langzeitbetreuung chronisch kranker Menschen muss **für jeden Patienten ein ganz eigenes, individuelles Betreuungskonzept** entwickelt werden.

Zu weiteren Einflussbedingungen auf Compliance und Non-Compliance s. Tab. **A-17.6**.

### ☰ A-17.6 Weitere Faktoren, die die Compliance des Patienten beeinflussen können (nach Goeppert, Petermann)

Die Wahrscheinlichkeit von Compliance ist erhöht, wenn ...	Die Wahrscheinlichkeit von Compliance ist herabgesetzt, wenn ...
<b>der Patient</b>	<b>der Patient</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ von einer allgemeinen (oder spezifischen) Krankheitsanfälligkeit überzeugt ist</li> <li>▪ die Ernsthaftigkeit seines Leidens erkennt</li> <li>▪ an die Wirksamkeit der Therapie glaubt</li> <li>▪ mit der medizinischen Betreuung zufrieden ist</li> <li>▪ von seiner Familie in seinem Befolgungsverhalten unterstützt wird</li> <li>▪ einen guten Wissensstand zur Therapie hat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ in seinen Erwartungen an die ärztliche Betreuung enttäuscht wird</li> <li>▪ in seinem Auffassungsvermögen und seiner Merkfähigkeit eingeschränkt ist</li> <li>▪ Angst vor Nebenwirkungen des Medikamentes hat, Nebenwirkungen erlitten hat und/oder befürchtet, abhängig zu werden</li> <li>▪ Vorbehalte gegen bestimmte Behandlungsformen (z. B. medikamentöse Therapie) hat</li> <li>▪ sich gesund fühlt</li> <li>▪ einen hohen primären oder sekundären Krankheitsgewinn hat</li> </ul>
<b>die Krankheit</b>	<b>die Krankheit</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ akut ist</li> <li>▪ die Leistungsfähigkeit deutlich einschränkt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (noch) symptomlos verläuft</li> <li>▪ chronisch ist</li> </ul>
<b>die Behandlung</b>	<b>die Behandlung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ und die Konsultationstermine individuell mit dem Patienten abgestimmt werden</li> <li>▪ mit Medikation in geringer Dosis/Tag und mit nur wenigen Präparaten an nur ein oder zwei Einnahmezeitpunkten pro Tag erfolgt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ deutliche Verhaltensänderungen vom Patienten verlangt (z. B. das Rauchen aufzugeben)</li> <li>▪ sehr komplex ist</li> <li>▪ lange dauert und lange Wartezeiten auftreten oder ein langer Zeitraum zwischen Überweisung und Konsultationstermin liegt</li> <li>▪ zu unerwünschten Wirkungen führt</li> <li>▪ Sprach- und Verständigungsprobleme aufweist</li> </ul>
	<b>der Arzt</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ den Patienten autoritär behandelt</li> </ul>

#### ► Fallbeispiel.

► **Fallbeispiel.** Ein 53-jähriger Mann mit einem **endogenen Asthma bronchiale** erheblicher Ausprägung ist seit 10 Jahren in meiner Betreuung. Zu keinem Zeitpunkt ist eine ausreichende Einstellung des Patienten gelungen, bestenfalls für ganz wenige Wochen während und nach Klinikaufhalten. Diese werden dadurch notwendig, dass der Patient immer wieder in einen Status asthmaticus gerät. Während des Klinikaufenthaltes wird dann optimal therapiert und die Einstellung hält für wenige Tage außerhalb der Klinik vor. Wieder zu Hause, setzt der Patient, beginnend mit dem Kortikosteroid, jedes Mal seine Medikation sukzessive ab. Viele Gespräche haben nicht klären können, warum dies geschieht. Die einzige Antwort war: „Mir ging es doch gut, da brauche ich die vielen Medikamente nicht, die schaden nur.“ Der normal intelligente Patient ist nicht zur Einsicht zu gewinnen, dass dies keine vernünftige Position für die Behandlung seines Asthma bronchiale darstellt.

Erst langsam begreife ich, dass der Patient in seiner Familie – er lebt mit Frau und Schwiegermutter zusammen – durch seine Krankheit einen erheblichen Gewinn hat: Er wird schonend behandelt, kann schwere Arbeit vermeiden, und die Dinge, die ihm ansonsten von Seiten seiner Frau und der Schwiegermutter erhebliche Klagen einbringen – Unzuverlässigkeiten, ja Vernachlässigung der Familie –, werden bei dem kranken und schwer nach Luft ringenden Patienten toleriert.

Da ich den Patienten häufiger wegen schwerer asthmatischer Zustände zu Hause besuchen muss, fällt es leicht, die Besuche auch auf Phasen auszuweiten, die nicht durch die Schwere der Erkrankung gerechtfertigt sind. Ich versuche – teilweise erfolgreich – mit der Familie und ihm ins Gespräch zu kommen. Mit vorsichtigen Andeutungen über die Schonung, die er mit seiner Erkrankung erreichen kann, und mit der Vermutung, dass er sich ansonsten gegen die „beiden Frauen“ wohl nicht durchsetzen könne, gelingt es mir längerfristig, eine höhere Compliance zu erreichen, wenn sie bei weitem auch nicht perfekt ist.

Der in diesem Beispiel geschilderte Patient hat ganz offensichtlich einen sekundären Krankheitsgewinn durch sein Asthma bronchiale, der in starken Widerspruch zu einer hohen Compliance geraten muss.

## 17.7 Kontrollen

Es gibt zwei Gründe, Kontrollen chronischer Erkrankungen durchzuführen:

**Beobachtungen des so genannten natürlichen Verlaufs der Erkrankung und gegebenenfalls daraus resultierende medikamentöse Therapieeinstellungen und Veränderungen:** Dies betrifft z. B. die Medikamentendosierung bei Hypothyreose oder Bluthochdruck; es gilt aber gleichermaßen auch für die Medikation einer koronaren Herzerkrankung oder eines Diabetes mellitus. Die Frequenz der Kontrollen ergibt sich aus den zu erwartenden Veränderungen.

Die Notwendigkeit zur niedrigeren oder höheren Dosierung von chronisch verabreichtem L-Thyroxin ist z. B. in der Regel nur alle 1–2 Jahre gegeben. Für den Bluthochdruck, der gut eingestellt ist, mögen Kontrollabstände von 2–3 Monaten völlig ausreichen, zumal wenn der Patient seinen Blutdruck selbst misst. Die koronare Herzerkrankung ist eine nicht kontinuierlich verlaufende Erkrankung, sodass sich aus der natürlichen Entwicklung der Erkrankung keinerlei Kontrollabstände herleiten lassen. Hier bestimmt – medizinisch gesehen – der Patient mit seiner Symptomatik die Kontrollabstände. Gleiches gilt für eine rheumatoide Arthritis oder eine chronische Durchfallerkrankung.

Um die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Erkrankter zu verbessern, haben die Leistungserbringer im Gesundheitswesen und die gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam seit 2003 sog. **Disease-Management-Programme (DMP)** eingeführt. Hier werden die (freiwillig) teilnehmenden Patienten, vom Arzt koordiniert, strukturiert regelmäßig zu ihrem Alltag befragt und untersucht, beim Diabetes mellitus Typ 2 z. B. alle drei Monate. Solche DMP gibt es auch für KHK, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, Asthma, Brustkrebs u. a. Über 6 Millionen Patienten nehmen daran teil. Wichtige Bestandteile der DMP sind die Evidenzbasierung und verbindliche Standardisierung der Maßnahmen, die Vereinbarung individueller Ziele mit dem Patienten, die Schulung der Patienten in der Hausarztpraxis, die definierte Kooperation von Hausarzt und Spezialisten und die strukturierte Dokumentation der Ergebnisse, die dem Arzt eine Selbstkontrolle seines Arbeitens ermöglicht.

**Beistand beim Ertragen einer chronischen Erkrankung:** Viele Patienten fühlen sich – und dies ist kulturell relativ unterschiedlich ausgeprägt – vernachlässigt, wenn man sie nicht regelmäßig in überschaubaren Zeitabständen sieht und sie zu ihrer Krankheit, der Symptomatik und der Medikation befragt. Sie erleben offensichtlich, mit ihrer Erkrankung allein gelassen zu sein. Diese Patienten werden deutlich häufiger einbestellt als medizinisch notwendig.

Damit diese Einbestellung für den Patienten einen besonderen Wert erhält, werden auch technische oder Laboruntersuchungen häufiger durchgeführt. Es geht darum, dem Patienten die Geborgenheit ärztlicher Kontrolle vorzuführen. Man muss sich bei dieser Begründung für Kontrollen bewusst sein, dass hiermit eine Medikalisierung, d. h. Bindung an den Arzt, ohne medizinische Notwendigkeit und damit eine Überversorgung erfolgt. Sicher gibt es Patienten, die diese Art von Betreuung brauchen. Man muss sich allerdings davor hüten, von diesen Patienten auf alle Patienten mit dem entsprechenden Krankheitsbild Rückschlüsse zu ziehen.

Für viele Patienten ist es durchaus unangenehm oder gar schädlich (z. B. sekundärer Krankheitsgewinn), mit ihrer chronischen Erkrankung über das Medizinische hinaus medikalisiert zu werden. In dieser Sichtweise können auch die DMP, die die Qualität der Versorgung der gesamten Erkrankten-Population verbessern sollen, bei individuellen Patienten zu Medikalisierung und Überversorgung mit negativen Folgen führen. Auch hier ist es von besonderer Bedeutung, das Krankheitskonzept und die Umgangsform des Patienten mit seiner chronischen Krankheit als Zeitgeber für Kontrollabstände zu berücksichtigen.

### 17.7 Kontrollen

Kontrollen sind sinnvoll, weil u. U. diagnostische und therapeutische Maßnahmen angepasst werden müssen.

Zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Erkrankter dienen sog. **Disease-Management-Programme (DMP)**.

Durch Kontrollen stehen die Patienten in regelmäßigem Kontakt zu ihrem Arzt und fühlen sich weniger allein gelassen.

### 17.8 Sonstige Hilfen, Rehabilitationsmaßnahmen und Berentung

Hilfsmittel können dem Patienten bei der Bewältigung seiner Erkrankung und dadurch entstehender Alltagsprobleme helfen.

Bei der Auswahl der angebotenen Hilfsmittel und Maßnahmen muss die individuelle Umgangsform des Patienten mit seiner chronischen Krankheit beachtet werden.

### 17.9 Hilfen außerhalb der hausärztlichen Betreuung

Diese Hilfen können aus dem paramedizinischen, dem Heilpraktikerbereich kommen oder im Bereich der Selbsthilfe angesiedelt sein.

### 17.10 Medizinische Betreuungsprobleme

Derartige medizinische Probleme treten im Alltag der Hausarztpraxis eher selten auf.

## 17.8 Sonstige Hilfen, Rehabilitationsmaßnahmen und Berentung

Patienten, die eine (insbesondere symptomatische) chronische Erkrankung haben, können in der Adaptation an Alltagsbelastungen durch sog. Hilfsmittel wie orthopädisches Gerät, Rollstuhl, Badewanneneinstieg, Diabetikerschuhe etc. unterstützt werden. Durch Rehabilitationsmaßnahmen, aber auch durch Krankschreibungen lässt sich das Leben mit der Behinderung durch eine chronische Erkrankung leichter meistern. Dies kann so weit gehen, dass wegen der Minderung der Erwerbsfähigkeit eine frühzeitige Berentung erfolgt. Bei allen derartigen Maßnahmen – vom Stützkorsett bis zur vorzeitigen Berentung – ist es von größter Bedeutung, sich des Spannungsfeldes zwischen Hilfe und Unterstützung einerseits und Entmündigung und Unselbstständigmachung andererseits bewusst zu sein (Fallbeispiel 1).

**Orientierungsgebend für das, was für den einzelnen Patienten zu einer bestimmten Zeit und in einer bestimmten Situation sinnvoll ist, ist die Analyse der Umgangsform des Patienten mit seiner chronischen Erkrankung.** Kämpft der Patient für Gesundheit und gegen seine Erkrankung, so ist z. B. der Vorschlag einer frühzeitigen Berentung völlig inadäquat. Hat der Patient eher resigniert, sich der Krankheit hingegeben, einen erheblichen und auch nicht revidierbaren sekundären Krankheitsgewinn, so ist ein Berentungsvorschlag eher sinnvoll.

## 17.9 Hilfen außerhalb der hausärztlichen Betreuung

Auch außerhalb der medizinischen bzw. hausärztlichen Betreuung können chronisch Kranke Hilfen nutzen. Diese Hilfen können aus dem paramedizinischen, dem Heilpraktikerbereich kommen oder im Bereich der Selbsthilfe angesiedelt sein. Chronisch Krank-Sein ist das Leben des Patienten, und zum Leben gehört weitaus mehr als der Arzt und die Medizin, die nur einen sehr kleinen Teil des Alltags der Menschen ausmachen. So ist es auch verständlich, warum es für einen Teil von Patienten sehr hilfreich sein kann, z. B. in Selbsthilfegruppen Unterstützung durch Erfahrungen Anderer, aber auch durch das kollektive Erleben gemeinsamer Betroffenheit zu gewinnen. Auch Unterstützung für Andere geben zu können kann helfen. Allerdings gilt auch hier, dass die ärztliche Beratung immer das Spannungsfeld zwischen Medikalisierung und Hilfestellung sehen und problematisieren sollte.

## 17.10 Medizinische Betreuungsprobleme

**Medizinische Betreuungsprobleme** können auf der Ebene der chronischen Krankheit entstehen: Zum Beispiel kann ein Hochdruck schwierig einstellbar, eine chronische Durchfallerkrankung bei Morbus Crohn kaum beherrschbar sein oder trotz aller Bemühungen ein diabetisches Fußsyndrom entstehen. Derartige medizinische Probleme treten aber im Alltag der Hausarztpraxis eher selten auf. Daher (und weil sie Fragestellung spezialisierter Medizin sind) wird an dieser Stelle nicht näher darauf eingegangen. Es sei wiederholt: **Ein Großteil der Probleme, die sich bei der Betreuung chronisch Erkrankter ergeben, ist nicht auf die Krankheitsdiagnose, sondern vielmehr auf die Umgangsweise des Patienten mit seiner chronischen Erkrankung, auf sein chronisches Krank-Sein zurückzuführen.**

**Weiterführende Literatur** zu diesem Kapitel finden Sie unter [www.thieme.de/specials/dr-allgemeinmedizin](http://www.thieme.de/specials/dr-allgemeinmedizin)