

Betreuungsdimensionen und Verläufe

DEGAM – Serie „Betreuung chronisch kranker Menschen“

Natural History and Dimensions of Care

DEGAM – Series: Comprehensive Care for Patient with Chronic Care

Autor N. Donner-Banzhoff
Institut Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Philipps-Universität Marburg

Schlüsselwörter

- Chronische Krankheit
- Hausarzt
- medizinische Grundversorgung
- Behandlungserfolg (MeSH)

Key words

- Chronic Disease
- Family Practice
- Primary Health Care
- Treatment Outcome (MeSH)

Peer reviewed article

eingereicht: 10.12.2007
 akzeptiert: 21.12.2007

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-1022536
 Online-Publikation: 2008
 Z Allg Med 2008; 84: 75–78
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. N. Donner-Banzhoff, MHS
 Abteilung für Allgemeinmedizin,
 Präventive und Rehabilitative
 Medizin
 Philipps-Universität Marburg
 35032 Marburg
 Norbert@med.uni-marburg.de

Zusammenfassung

▼
 Chronische Erkrankungen bieten Versorgungsprobleme in drei Dimensionen: Manifeste Symptomatik – Risikofaktor – Behinderung. Diese erfordern jeweils ganz spezifische Behandlungsstrategien. Je nach Erkrankung, Krankheitsphase und persönlichen Umständen können sie rasch wechseln und/oder in Kombination auftreten. Die einzigartige Position des Hausarztes erlaubt und erfordert es, diese drei Dimensionen zu integrieren. Dabei werden übergreifend auch die Komponenten der Komorbidität (Anamnese des Patienten), der familiären, beruflichen und weiteren sozialen Situation, sowie seine Krankheitsvorstellungen und Überzeugungen mitberücksichtigt.

Kernpunkte

- ▼
- ▶ Drei Dimensionen der Versorgung chronisch Kranker: manifeste Symptomatik – Risikofaktor – Behinderung
 - ▶ Jede Dimension erfordert spezifische Behandlungsstrategien
 - ▶ Die hausärztlichen Praxis ist die einzige Instanz im Gesundheitswesen, in der sich diese Dimensionen dauerhaft überschneiden und produktiv genutzt werden können.

Betreuungsdimensionen

▼
 Die Probleme, denen sich chronisch kranke Patienten und ihre Ärzte gegenüber sehen, können wir in drei Betreuungsdimensionen einteilen. Diese liegen „quer“ zu herkömmlichen medizinischen Diagnosen; definierte Erkrankungen können je nach Patient und Zeitpunkt in verschiedenen Dimensionen eine Behandlung erfordern. Damit diese Behandlung bzw. Betreuung in

Abstract

▼
 We postulate three dimensions of care for the chronically ill. Providers are expected to treat acute and chronic symptoms, to modify risk states and to provide rehabilitation for long-term disability. Dimensions of care change with disease diagnosis/progression and depending on the psychosocial situation of the individual patient. Primary care practitioners are in a unique position to improve well-being and prognosis in all three dimensions. Comorbidity, family, job-situation and wider community, subjective explanatory models and health beliefs are also important.

hoher Qualität erfolgt, müssen spezifische Kompetenzen und strukturelle Voraussetzungen gegeben sein. Um Widersprüche zwischen Behandlungszielen und -strategien möglichst zu vermeiden, sind diese Dimensionen kontinuierlich zu reflektieren.

1. Dimension: manifeste Symptomatik

Der häufigste Beratungsanlass ist die vom Patienten erfahrene Symptomatik, die den Patienten in eine Praxis oder Krankenhaus-Aufnahme führt. Es besteht ein Leidensdruck, der wiederum die behandelnden Ärzte zwingt, die vorhandenen therapeutischen Möglichkeiten auszuschöpfen. Der Patient spürt unmittelbar die Effekte der Behandlung.

Ein klassisches Beispiel eines auf diese Dimension beschränkten Versorgungsproblems stellen chronisch rezidivierende Rückenschmerzen dar. Hier besteht – zunächst jedenfalls – keine Beziehung zu Folge-Erkrankungen oder vorzeitigem Tod. Zu berücksichtigen ist allerdings die Gefahr der Chronifizierung des Symptoms selbst, die

weitreichenden Folgen in Bezug auf subjektive und objektive Morbidität sowie Ressourcen-Einsatz haben kann.

2. Dimension: Risikofaktor

Bei diesem Versorgungsproblem handelt es sich um Risiko-Zustände, die keine unmittelbaren Beschwerden verursachen. Typisches Beispiel ist die arterielle Hypertonie. Jegliche Behandlung (Medikamente, Verhaltensänderung) und deren Überwachung (Kontrollbesuche, Messungen) ist für den Patienten mit unmittelbaren Kosten i.w.S. verbunden; die positiven Effekte dieser Maßnahmen (Verhütung von Schlaganfällen, Herzinfarkten und anderen Organschäden) liegen jedoch in der fernen Zukunft und sind nur abstrakt darstellbar. Diese Dimension hat eine enorme Bedeutung, da die meisten Patienten mit einer *symptomatisch* gut kontrollierten Erkrankung in diese Kategorie fallen, z.B. die meisten Typ-II-Diabetiker. Da subjektiv empfundenes Leid eine Motivierung zur Behandlung (Verhaltensänderung, Medikamente) nicht unterstützt, stellt diese Betreuungsdimension eine Herausforderung dar, die der Risikofaktoren-Intervention in der Primärprävention durchaus vergleichbar ist. Zahlreiche „Erkrankungen“ werden heute nicht mehr über direkt erfahrbare Symptome, sondern mit objektiven Messwerten definiert und diagnostiziert, die zudem in den letzten Jahren immer niedriger angesetzt worden sind (z.B. Diabetes mellitus Typ II, arterielle Hypertonie). Damit sind immer mehr Menschen mit einer abstrakten, nicht durch Symptomerfahrung unterlegten Diagnose konfrontiert, was sich entsprechend auf Krankheitsverarbeitung und -verhalten auswirkt.

3. Dimension: Behinderung

Hier stehen dauerhafte Funktionsstörungen im Zentrum der Behandlung. Ein extremes Beispiel stellen etwa Zustände nach traumatischer Amputation dar. Eine Assoziation mit weiteren Erkrankungen (Risikofaktoren-Zusammenhang) ist nicht zu befürchten. Von Phantomschmerzen abgesehen, gibt es auch keine Symptome eines Krankheits-Prozesses i.e.S. Hier kommt es vielmehr darauf an, Funktionsstörungen auszugleichen (Prothesen, Gehhilfen, Ergotherapie usw.), die familiäre und berufliche Umgebung an die Bedürfnisse des Patienten anzupassen und für eine wirtschaftliche Absicherung zu sorgen (geeigneter Arbeitsplatz, Berentung). Die Effekte der Betreuung sind auch hier für die Betroffenen unmittelbar erfahrbar (z.B. verbesserte Mobilität).

Kombination und Variation

Im Kontext chronischer Erkrankungen kommt es typischerweise zur Kombination dieser Betreuungsdimensionen, die überdies im zeitlichen Verlauf variieren können. Beispielsweise stellen Patienten mit einer Herzinsuffizienz oder mit einer obstruktiven Lungenerkrankung ihre Ärzte vor Probleme in zwei oder drei Dimensionen. Einerseits sind manifeste akute Symptome (Exazerbationen) zu behandeln, andererseits sind diese Erkrankungen Hoch-Risikozustände in Bezug auf schwere und ggf. tödliche Komplikationen (verkürzte Lebenserwartung). Typische Interventionen dazu sind ACE-Hemmer und Betablocker bei der Herzinsuffizienz und topische Steroide bei Asthma bronchiale, bei beiden ein Programm angepasster körperlicher Aktivierung (• **Abb. 1**). Nach mehrjähriger Krankheits-Dauer führen diese Erkrankungen vielfach zu nicht mehr reversiblen Funktions-Einschränkungen, deren Folgen durch rehabilitative Maßnahmen i.w.S. gemildert werden können (dritte Dimension).

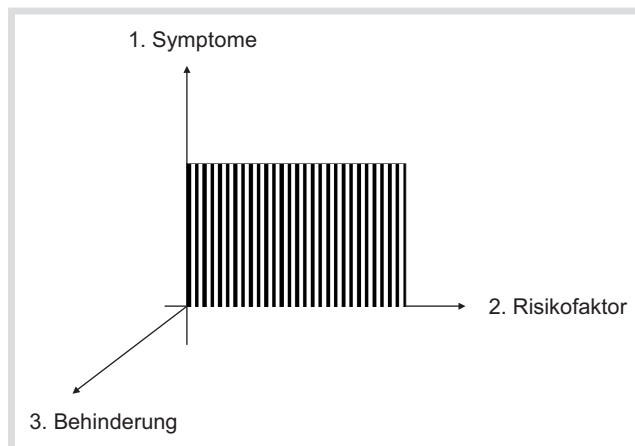


Abb. 1 Drei Dimensionen der Betreuung – Aufgaben in der ersten und zweiten Dimension.

Bei der rheumatoiden Arthritis lässt sich die Basistherapie (z.B. mit Methotrexat) der zweiten Dimension zuordnen, die Behandlung eines akuten entzündlichen Schubs der ersten. Gelenkdestruktionen resultieren schließlich in permanenten Behinderungen.

In der Regel determiniert die Krankheits-Diagnose als solche noch nicht zwingend die Problem-Dimension; diese ist vielmehr individuell zu bestimmen. Dabei sind Krankheitsstadium, bekannte Organkomplikationen, Behandlungsvorgeschichte, soziale Situation, aktuelle Beschwerden und Befunde (Stoffwechsel, Funktion) zu berücksichtigen. Die Perspektive kann im Einzelfall auch rasch wechseln. So steht bei der akuten Exazerbation eines Asthma bronchiale die symptomatische Behandlung im Vordergrund, z.B. mit systemischen Steroiden (erste Dimension). Erst nach Besserung wird mit dem Patienten ein Gespräch über die Behandlung im Intervall sinnvoll sein, bei der es typischerweise um Raucherentwöhnung, körperliche Aktivierung und inhalative Steroide geht (zweite Dimension).

Spezifische Aufgaben in der Betreuung

Aus diesen drei Dimensionen von Problemen ergeben sich typische Behandlungs-Aufgaben. Die Versorgung in der ersten Dimension entspricht am ehesten dem akuten Krankheitsmodell; die Behandlungsmotivierung für den Patienten ist hoch, das Misslingen der Behandlung ist für Patienten und Arzt unmittelbar erfahrbar und triggert in der Regel intensiviertere Maßnahmen (zusätzliche oder höher dosierte Medikamente, Über- und Einweisung).

Bei der zweiten Dimension steht die Motivierung des Patienten zu regelmäßigen Kontrollbesuchen (Langzeitbegleitung; Monitoring) und Behandlungen trotz fehlender Symptomatik ganz im Vordergrund. Von einer Konkordanz von Patienten und Ärzten kann hier nicht regelhaft ausgegangen werden; hier besteht ein zentrales Aufgabengebiet für eine umfassende Patienteninformation und gemeinsame Entscheidungsfindung von Patient und Arzt. Auf die Dimension „Risikofaktor“ beziehen sich die meisten Klagen über fehlende Compliance bzw. Unterversorgung im System.

In der dritten Dimension müssen Funktionsdefizite behandelt werden, die nicht mehr reversibel sind. Die Verordnung von Hilfsmitteln zur Unterstützung von täglichen Aktivitäten, ergotherapeutischen Behandlung, aber auch sozialmedizinische Be-

ration (berufliche Rehabilitation, Berentung, Veranlassung von Pflegeleistungen) sind hier typischerweise indiziert. Die Anpassung an die individuelle Situation (persönlich, familiär, beruflich, Nachbarschaft) ist hier von größter Bedeutung.

Die Position des Hausarztes ist geradezu dadurch definiert, dass sich bei ihm diese drei Betreuungsdimensionen dauerhaft überschneiden; andere Leistungserbringer behandeln in ein oder zwei Dimensionen, oft auch nur für begrenzte Zeit. Außerdem berücksichtigt der Hausarzt übergreifend auch die Komponenten der Komorbidität (Anamnese des Patienten), der familiären, beruflichen und weiteren sozialen Situation, sowie der Krankheits-Vorstellungen und Überzeugungen des Patienten. Gerade die Intervalle ohne gravierende Beschwerden können dazu genutzt werden, ein gemeinsames Verständnis der Erkrankung zu entwickeln, dem Patienten zu helfen, diese in sein Leben einzuordnen und Behandlungsalternativen fundiert zu durchdenken („shared decision-making“). Während in akuten Krisen der Arzt das Steuer eher übernimmt, kann im Intervall der Patient zum eigenständigen Behandler heranreifen.

Verläufe: objektive und subjektive Sicht

▼
Unter den chronischen Erkrankungen lassen sich progrediente Verläufe definieren, welche an die hausärztliche Behandlung, aber auch die Prognose-Stellung und Mitteilung besondere Ansprüche stellen. Murray et al. [1] unterscheiden zwischen drei Verläufen:

- ▶ **Rascher Verfall (short period of evident decline):** Dieser Verlauf tritt vor allem bei Malignomen einige Wochen oder Monate, selten auch Jahre, vor dem Tod auf. Er ist gekennzeichnet vom Gewichts- und funktionellem Verlust; diese Phase bildet die klassische Indikation für eine palliativmedizinische Betreuung. Mit zunehmend früherer Diagnosestellung und Offenheit zwischen Arzt und Patient können sich die betroffenen Individuen und ihre Familien langfristig auf die Situation einstellen.
- ▶ **Langfristige Einschränkung mit Exazerbationen (long term limitations with intermittent serious episodes):** Patienten mit Herzinsuffizienz oder COPD machen gelegentliche, aber schwere Episoden einer symptomatischen Verschlechterung durch. Oft ist eine stationäre Behandlung erforderlich, und jede dieser Episoden kann zum Tode führen. Wird sie überlebt, bleibt oft eine funktionelle Einschränkung (z.B. reduzierte Belastungsfähigkeit) zurück.
- ▶ **Allmähliches Schwinden (prolonged dwindling):** Dies finden wir bei Menschen in der Spätphase einer Demenz oder allgemeiner Gebrechlichkeit. Kognitive und motorische Einschränkungen nehmen allmählich zu; verminderte Organreserven können zum Tod durch sonst gutartige Erkrankungen führen (z.B. respiratorische Infekte). Frakturen (Schenkelhals) sind ebenfalls eine häufige Todesursache bei dieser Gruppe.

Die Mehrzahl der in der hausärztlichen Praxis betreuten chronisch Kranken befinden sich allerdings im Stadium einer chronisch-persistierenden bzw. kompensierten Erkrankung(-Phase). Diese beeinflusst entweder die Überlebensprognose überhaupt nicht (z.B. Rückenschmerzen) oder nur in langen Zeiträumen (z.B. MS, rheumatoide Arthritis, Hypertonie). Für die hausärztliche Betreuung ist es von besonderer Bedeutung, den Übergang in einen der zuvor beschriebenen progredienten Verläufe zu erkennen, Patienten und Familien entsprechend vorzubereiten und die Behandlung auf die Situation einzustellen. Damit wird

eine palliativ orientierten Betreuung fließend in den Behandlungsablauf integriert, sie kann entsprechend niedrigschwellig gestaltet und individuell angepasst werden.

In der westlichen Kultur neigen Menschen dazu, jegliche Verläufe („story lines“) linear in drei Formen zu beschreiben [2]. Entsprechend konnte bei schwer Kranken, die dauerhaft von Beatmungsgeräten abhängig waren, aber zu Hause lebten, progressive, stabile und regressive Narrative identifiziert werden [3]. Dabei spielte bei den Befragten ihre eigene Lebenssituation, das Beatmungsgerät und die gesundheitliche Versorgung eine Rolle. „Progressive“ Verläufe entsprachen einer kontinuierlichen Verbesserung, „regressive“ einer Verschlechterung. „Stabile“ Verläufe wurden, je nach dem auf welchem Niveau sie sich abspielten, als positiv oder negativ erlebt.

Die gesellschaftliche Sicht: Demographie

▼
Während früher chronisch Kranke und Behinderte aufgrund akuter Erkrankungen bzw. Episoden starben (z.B. Lungenentzündungen), werden diese Krisen durch bessere medizinische Behandlung (z.B. Antibiotika, parenterale Flüssigkeitszufuhr, O₂-Gabe und Beatmung) heute meist überlebt. Das paradoxe Resultat dieser Erfolge in der ersten Behandlungsdimension (siehe oben) ist eine deutlich verlängerte Lebenserwartung der Betroffenen und damit eine erhöhte Prävalenz chronischer Krankheiten und Behinderungen [4].

Damit haben medizinische Behandlungen Auswirkungen auf die demografische Struktur von Gesellschaften, aus der sich wiederum Konsequenzen für spezifischen Versorgungsbedarf ergeben. Die in den letzten 20 Jahren meist diskutierte Theorie zum Verständnis säkularer Veränderungen von Morbidität und Mortalität ist die von Fries postulierte „Krankheits-Kompression“ [5,6]. Demnach könne das menschliche Leben nicht unbegrenzt verlängert werden, es stoße – letztlich auf Grund erschöpften Zellwachstums – an eine natürliche Grenze bei ca. 85 Jahren. Eine durchschnittliche längere Lebensdauer entstehe dadurch, dass weniger Menschen vor Erreichen dieser Grenz sterben; deshalb nehme die Überlebenskurve eine annähernd rechteckige Form an. Durch verbesserte Lebensumstände und medizinische Behandlung verlagere sich gleichzeitig der Beginn manifester Erkrankungen in höhere Lebensalter, sodass mit insgesamt steigender Lebenserwartung der medizinische Behandlungsbedarf nicht zwangsläufig steige.

Angesichts der weiter wachsenden Lebenserwartung und des steigenden Anteils sehr alter Menschen (85–95 Jahre), erscheint die Annahme einer natürlichen Lebensspanne von 85 Jahren nicht mehr plausibel [7,8]. Aber auch die alarmistischen Szenarios massenhafter Erkrankungen und Behinderungen im hohen Alter müssen nicht zwangsläufig eintreten. Alte Menschen sind heute gesünder und mobiler als vorhergehende Generationen [9]. Offenbar gehen späterer Tod und späterer Erkrankungsbeginn nicht nur parallel, sondern sind auf denselben Prozess zurückzuführen, nämlich verbesserte Behandlung chronischer Krankheitsverläufe [10] (erste und zweite Behandlungsdimension). Gesunde Lebensabschnitte, manifeste chronische Krankheit und Mortalität stehen damit in einem dynamischen Gleichgewicht, das durch Behandlungserfolge langfristig beeinflusst wird.

In einem ganz bestimmten Sinn erweist sich die These von „Morbiditäts-Kompression“ aber doch als relevant und belegt: Langzeituntersuchungen geben Hinweise dafür, dass die o.g.

Kompression sozial differenziert auftritt, d. h. in höheren sozialen Schichten manifeste Erkrankungen später auftreten und damit die unbeeinträchtigte Lebensdauer länger ist als in sozial schwächeren Gruppen [11].

Damit wird deutlich, dass wir es hier nicht mit schicksalhaften Entwicklungen zu haben. Behandlungen, welche die Langzeitprognose beeinflussen, sind meist wenig spektakulär und mit geringem Aufwand verbunden; die meisten dieser Technologien können von Hausärzten eingesetzt werden. ASS [12] und Statinen [13] oder ein Rauchstopp [14] verbessern die Prognose bei Menschen mit Arteriosklerose in viel höherem Maße und klarerem Evidenzgrad als beispielsweise perkutane Koronar-Interventionen (PTCA, Stent) [15, 16].

In der allgemeinärztlichen Konsultation treffen also die Subjektivität des Kranken, seine „objektive“ Krankheit, die biologische Wirkung einer Behandlung und gesellschaftliche Verhältnisse zusammen. Hier besteht die Chance, der bei chronisch Kranken so häufigen Resignation und Depression entgegenzuwirken, individuell wirksame Lösungen zu erarbeiten und damit letztlich das Auftreten und die Dauer chronischer Erkrankung in der Gesellschaft zu beeinflussen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Literatur

- 1 Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005; 330: 1007–1011
- 2 Gergen MM. Narrative structures in social explanation. In: Antaki C. *Analysing everyday explanation*. London: Sage 1988
- 3 Lindahl B, Sandman PO, Rasmussen BH. On being dependent on home mechanical ventilation: Depictions of patients' experiences over time. *Qualitative Health Research* 2006; 16: 881–901
- 4 Gruenberg EM. The failures of success. *MMFQ* 1977, Winter, 3–24
- 5 Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980; 303: 130–135
- 6 Vita AJ, Terry RB, Hubert HB, Fries JF. Aging, health risks, and cumulative disability. *N Engl J Med* 1998; 338: 1035–1041
- 7 Schneider EL, Brody JA. Aging, natural death, and the compression of morbidity: another view. *N Engl J Med* 1983; 309: 854–855
- 8 Oeppen J, Vaupel JW. Broken limits to live expectancy. *Science* 2002; 296: 1029–1030
- 9 Barer ML, Evans RG, Hertzman C, Lomas J. Anging and health care utilization. New evidence on old fallacies. *Soc Sci Med* 1987; 24: 851–862
- 10 Manton K. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *MMFQ/Health and Society* 1982; 60: 183–244
- 11 Katz S, Branch LG, Bransson MH, Papsidero JA, Beck JC, Greer DS. Active life expectancy. *N Engl J Med* 1983; 309: 1218–1224
- 12 *Antithrombotic Trialists' Collaboration*. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002; 324: 71–86
- 13 Baigent C, Keech A, Kearney PM, Blackwell L, Buck G, Pollicino C, et al. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 2005; 366: 1267–1278
- 14 Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease. A systematic review. *JAMA* 2003; 290: 86–97
- 15 Bucher HC, Hengstler P, Schindler C, Guyatt GH. Percutaneous transluminal coronary angioplasty versus medical treatment for non-acute coronary heart disease: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2000; 321: 73–77
- 16 Nordmann AJ, Hengstler P, Leinenstoll BM, Harr T, Young J, Bucher HC. Clinical outcomes of stents versus balloon angioplasty in non-acute coronary artery disease. An meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Heart J* 2004; 25: 69–80

Zur Person



Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff

1991 Arzt für Allgemeinmedizin, 1991 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Marburg, 1993 Niederlassung in Gemeinschaftspraxis. 1994–1995 Gastdozent und Academic Fellow am Department of Family and Community Medicine, University of Toronto (Kanada), Master Program in Community Health.

Seit 1997 Leiter des Postgraduierten-Programms „Klinische Evaluation“ am Fachbereich Medizin der Universität Marburg, 1999 Habilitation im Fach Allgemeinmedizin, 2003 Ernennung zum Professor für Allgemeinmedizin. Arbeitsschwerpunkte: Kardiovaskuläre Erkrankungen und deren Prävention, Klinische Epidemiologie und deren Anwendung in der Versorgung, Arzt-Patient-Beziehung, Weiter- und Fortbildung, allgemeinärztliche Entscheidungsfindung.