

Beratung und Schulung von Menschen mit chronischen Krankheiten

DEGAM-Serie: Betreuung von Menschen mit chronischen Krankheiten

Counseling and Education for People with Chronic Illness

DEGAM Series: Comprehensive Care for Patients with Chronic Illness

Autoren

C. Küver¹, A. Becker², S. Ludt³

Institute

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

² Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive- und Rehabilitative Medizin, Philipps-Universität Marburg

³ Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

Schlüsselwörter

- Selbstmanagement
- verhaltensorientierte Beratung
- Patientenschulung
- chronische Krankheiten

Key words

- self-management
- behavioral counseling
- patient-education-program
- chronic illness

Peer reviewed article

eingereicht: 12.08.2008

akzeptiert: 25.09.2008

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0028-1093327

Online-Publikation: 2008

Z Allg Med 2008; 84: 471–476

© Georg Thieme Verlag KG

Stuttgart · New York

ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

Dr. med. C. Küver, MPH

Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-
Eppendorf

Martinistr. 52

20246 Hamburg

c.kuever@uke.uni-hamburg.de

Zusammenfassung

Die Unterstützung des Selbstmanagements stellt ein wichtiges Element in der hausärztlichen Betreuung chronisch kranker Menschen dar. Durch den Erwerb grundlegender Kenntnisse über die Erkrankung, deren Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche sowie diesbezügliche Handlungsoptionen soll der chronisch erkrankte Patient in die Lage versetzt werden, die Rolle eines aktiven „Krankheitsmanagers“ zu übernehmen und informierte Entscheidungen für sein Leben zu treffen (Selbstmanagement und Empowerment-Konzept). Um diese Fähigkeit zum Selbstmanagement zu fördern, sind Kompetenzen erforderlich – sowohl aufseiten der Hausärzte (z. B. patientenzentrierte, verhaltensorientierte Beratung, motivierende Gesprächsführung), als auch aufseiten der Patienten (z. B. Patientenschulung). Zwar legen Patientenschulungen hierbei ein Fundament, doch bleibt es weiterhin die Aufgabe des Hausarztes, die Patienten langfristig zu motivieren und die Kontinuität des Selbstmanagements zu erhalten. In diesem Artikel werden zwei hausärztliche Instrumente zur Förderung des Selbstmanagements von Patienten vorgestellt und ausführlich diskutiert: 1) Patientenzentrierte und verhaltensorientierte Beratung und 2) Patientenschulungen.

Kernaussagen

- ▶ Förderung des Selbstmanagements ist ein wichtiges Ziel in der hausärztlichen Betreuung chronisch kranker Menschen.
- ▶ Patientenzentrierte und verhaltensorientierte Beratung stellt dabei ein wirksames Instrument für den Hausarzt dar.
- ▶ Für Diabetes, Hypertonie, Asthma und COPD sind Patientenschulungen wirksame Maßnahmen zur Förderung des Selbstmanagements.

Abstract

Supporting chronically ill patients in realizing their self-management activities is an essential part of care in primary care. We want to enable patients to become active ‘disease-managers’ and to make well-informed decisions through better understanding of their illness and its implications for daily life (concept of empowerment and self-management). While both patients and General Practitioners require skills to support self-management-activities, it remains the task of the GP to attempt long term motivation and information flow. ‘Patient-oriented and behavior-orientated counseling’ and ‘motivating counseling’ are effective interventions for GP’s, patient-education programs have proven beneficial for chronically ill patients. Two different tools to promote patient self-management in chronic disease are presented in this article: 1) patient- and behavior-orientated counseling and 2) patient-education.

Für andere chronische Erkrankungen ist die wissenschaftliche Datenlage derzeit noch unzureichend.

Einleitung

Die Unterstützung des Selbstmanagements stellt international ein wichtiges Element in der hausärztlichen Betreuung chronisch kranker Menschen dar [1, 2]. Durch den Erwerb grundlegender

Kenntnisse über die Erkrankung, deren Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche sowie diesbezügliche Handlungsoptionen soll es dem chronisch kranken Patienten möglich werden, die Rolle eines aktiven „Krankheitsmanagers“ zu übernehmen und informierte Entscheidungen für sein Leben zu treffen (Selbstmanagement und Empowerment-Konzept) [3–5]. Um die Selbstmanagementfähigkeit zu fördern, kann es sowohl aufseiten der Hausärzte (z.B. patientenzentrierte, verhaltensorientierte Beratung, motivierende Gesprächsführung) als auch aufseiten der Patienten (z.B. Patientenschulung) hilfreich sein, Kompetenzen zu erwerben. Patientenschulungen können dabei bei einigen chronischen Erkrankungen ein Fundament für erfolgreiches Selbstmanagement legen. Es bleibt jedoch weiterhin die Aufgabe des Hausarztes, die Patienten langfristig zu motivieren und ihr Selbstmanagement kontinuierlich zu unterstützen. In diesem Artikel werden zwei entsprechende Instrumente zur Förderung des Selbstmanagements von Patienten vorgestellt und ausführlich diskutiert:

- ▶ Patientenzentrierte und verhaltensorientierte Beratung und
- ▶ Patientenschulungen.

Patientenzentrierte und verhaltensorientierte Beratung

Ein wesentlicher Bestandteil der hausärztlichen Betreuung chronisch erkrankter Menschen ist die verhaltensorientierte Beratung, bei der Patienten entweder darin bestärkt werden sollen, gesundheitsschädigende Verhaltensweisen einzustellen (z.B. Rauchen), gesundheitsförderliche Verhalten aufzunehmen (z.B. körperliche Aktivität) oder Therapien beizubehalten (z.B. Einnahme von Antihypertensiva). Sie ist definiert als eine kooperative Form der Interaktion zwischen Patient und Hausarzt, die Patienten dabei behilflich ist, Verhaltensformen anzunehmen, die mit Gesundheitsverbesserungen einhergehen [6]. Diese erwünschten Verhaltensänderungen stellen jedoch langfristige und störanfällige Prozesse dar, in denen der gesundheitliche Gewinn für den Patienten im Gegensatz zu kurativen Maßnahmen oft zunächst nicht spürbar und darüber hinaus mit Anstrengungen oder Genussverzicht (z.B. Ernährungsumstellung) verbunden ist. Da die Ansätze und Ressourcen für Verhaltensänderungen großenteils im Patienten selbst liegen, ist es Aufgabe des Beraters, diese gezielt zu erkennen und zu mobilisieren.

Die 5A-Strategie

Im Praxisalltag hat sich die 5-A-Strategie (Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange) als erfolgreich erwiesen. Sie entstammt der Lern-, Verhaltens- und Motivationsforschung [7–11]. Ziel ist eine systematische Herangehensweise mit dem Fokus auf Kontinuität sowie auf einer zielgerichteten und motivationsspezifischen Unterstützung der Betroffenen [4, 12].

Die Wirksamkeit dieses Ansatzes konnte in der verhaltensorientierten Beratung sowohl in den Bereichen Prävention als auch chronische Erkrankungen belegt werden [13–16] (◻ **Abb. 1**). Die einzelnen Schritte des 5-A-Konzeptes sollen im Folgenden näher erläutert werden [4, 13]:

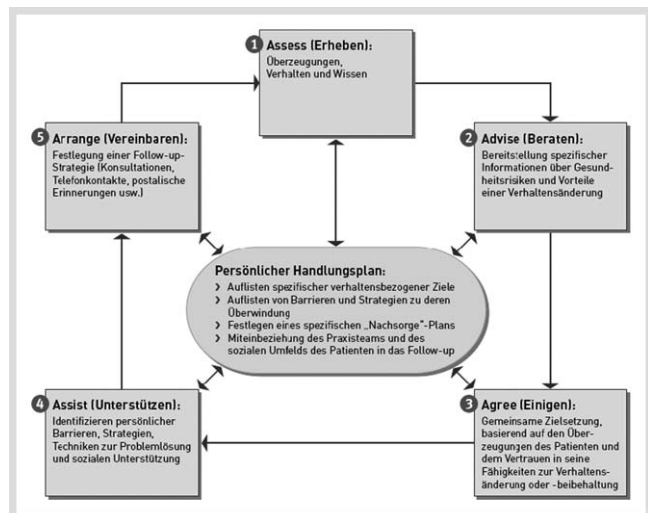


Abb. 1 Das 5A-Konzept².

1 Assess

Ziel: Erfassung des (Problem-)Verhaltens und der Voraussetzungen für eine Verhaltensänderung (Motivation, Einstellungen, Barrieren).

Die systematische Erhebung des (Problem-)Verhaltens (z.B. Ernährung, körperliche Aktivität) bildet die Grundlage für weitere Beratungsmaßnahmen. Um die Beratung individuell anpassen zu können, ist es auch erforderlich, die Änderungsbereitschaft (Motivation) und -möglichkeiten im sozialen Umfeld zu bestimmen. Hierbei orientiert sich das Konzept an dem transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (siehe *Exkurs 1*) [17–19]. Das Veränderungsstadium sollte bei jedem Beratungsgespräch erfragt werden.

Exkurs 1 Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM)

Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung nach Prochaska und Kollegen [20, 21] ist die theoretische Grundlage für die motivierende Gesprächsführung. Es beruht auf der Annahme, dass eine Verhaltensänderung ein langwieriger Prozess ist, bei dem die Patienten fünf Stufen durchlaufen:

- ▶ Precontemplation – Absichtslosigkeit,
- ▶ Contemplation – Absichtsbildung,
- ▶ Preparation – Vorbereitung,
- ▶ Action – Handlung und
- ▶ Maintenance – Aufrechterhaltung.

Innerhalb des Modells sind sowohl Fort- als auch Rückschritte möglich. Zu den stabilsten Stufen gehört die Absichtslosigkeit. Patienten können jahrelang in dieser Stufe verharren bis ein Ereignis das Fortschreiten in die nächste Stufe initiiert. Bestimmende Elemente für das Fortschreiten auf den Stufen des TTM sind die Entscheidungsbalance und die Selbstwirksamkeit. Die Entscheidungsbalance spiegelt die vom Patienten wahrgenommenen Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung wider. Die Selbstwirksamkeit beschreibt die Zuversicht des Patienten, das Problemverhalten zu ändern bzw. das Vertrauen auf die eigenen Fähigkeiten.

²Quelle: Ludt S, Joos S, Szecsenyi J. Schulung und Selbstmanagement. Kap. 2.7; Hausarzt Handbuch Asthma bronchiale und COPD. MED.KOMM. Verlag 2006; modifiziert nach Glasgow et al.

Seit seiner Entwicklung wurde das TTM auf viele Bereiche der Verhaltensänderung angewendet. Die meisten Studien befassen sich mit der Raucherentwöhnung [22] und körperlicher Aktivität. Andere Bereiche sind z. B. Essverhalten [23], HIV-Prävention [24] oder Alkoholabusus [25,26]. In neueren Reviews zur Wirksamkeit TTM-basierter Interventionen zu vermehrter körperlicher Aktivität ist Zweifel am Erfolg des Vorgehens aufgekommen, da die untersuchten Studien keine langfristigen Verhaltensänderungen aufzeigen konnten [27,28]. Kritiker gehen davon aus, dass körperliche Aktivität – anders als zum Beispiel das Rauchen – das Resultat mehrerer Verhaltensweisen darstellt, die durch zahlreiche externe Faktoren bestimmt werden und somit im TTM in ihrer Komplexität nicht ausreichend abgebildet werden. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf.

2 Advise

Ziel: Klare, individualisierte Verhaltensberatung.

Um Abwehr bei Patienten nicht aufkommen zu lassen, die noch nicht änderungsbereit sind, sollte die Beratung in einer kooperativen, empathischen und nicht verurteilenden Form stattfinden. Ein respektvoller, individualisierter Ansatz, der das Interesse des Patienten erweckt, ist sinnvoller in Bezug auf erwünschte Verhaltensänderungen als eine reine Risikokommunikation. Jedoch sollte die Beratung eindeutige, spezifische und persönliche Hinweise zur Änderung des Verhaltens beinhalten.

3 Agree

Ziel: Festlegung von gemeinsamen Zielen in Abhängigkeit von der Veränderungsbereitschaft des Patienten.

Behandlungsentscheidungen sollten auf der Basis einer gemeinsamen Arzt-Patient-Vereinbarung getroffen werden, nachdem verschiedene Behandlungsmöglichkeiten in Betracht gezogen und auf die Möglichkeiten des Patienten zugeschnitten wurden [29]. Patienten, die in die Entscheidungsfindung mit einbezogen werden, entwickeln ein höheres Ausmaß an internen Kontrollüberzeugungen, die eine wesentliche Voraussetzung für Verhaltensänderungen darstellen.

4 Assist

Ziel: Unterstützung auf dem Weg zur Verhaltensänderung bzw. zur Beibehaltung des Wunschverhaltens.

Hilfestellungen können zum Beispiel bereitgestellt werden durch Informationsbroschüren, Informationen zur Selbsthilfe, medikamentöse Hilfestellungen, Schulungen (s. u.), Überweisungen zu bestimmten Hilfsangeboten wie Übungsgruppen oder Vereinen, Überweisungen zu andern Fachberufen etc. Die Zuweisung zu praxisorientierten Programmen (z. B. Gewichtsreduktionsprogrammen) kommt demnach nur für änderungsbereite Patienten in Frage, während in den frühen Stufen der Veränderungsbereitschaft eher kognitive Hilfestellungen zum Einsatz kommen (z. B. Techniken der Verhaltenspsychologie wie Anleitungen zur Selbstbeobachtung und Selbstbelohnung, Stressmanagement-Training sowie motivierende Gesprächsführung – s. Exkurs 2).

Exkurs 2: Die motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick [30, 31]

Die motivierende Gesprächsführung basiert auf dem oben beschriebenen TTM. Ziel ist es, dem Patienten zu helfen, seine eigenen Gedanken und emotionalen Reaktionen sowie deren Einfluss auf sein Problemverhalten zu erkennen und neue Kognitionen und alternative Verhaltensmuster zu entwickeln. Die Beratung

ist gleichzeitig patientenzentriert und direktiv. Fünf Prinzipien bilden die Basis der Gesprächsführung:

- ▶ Ausdruck von Empathie durch aktives Zuhören und Paraphrasieren,
- ▶ Vermeidung von Auseinandersetzungen,
- ▶ Stärkung der Selbstwirksamkeit,
- ▶ Aufzeigen von Dissonanzen zwischen Lebenszielen und aktuellem Verhalten sowie
- ▶ Erarbeitung individuelle Wege zu Bewältigung der Verhaltensänderung.

Empathie bedeutet in diesem Zusammenhang die Akzeptanz des Patienten in seiner Ambivalenz bzw. auf seiner Motivationsstufe. Auf ein konfrontatives Vorgehen wird verzichtet und die Intervention stets an die Veränderungsbereitschaft des Patienten angepasst.

Ursprünglich erfolgreich bei Suchtkrankheiten eingesetzt [32], wird die motivierende Gesprächsführung zunehmend auf die Beratung chronisch Erkrankter übertragen. Die Qualität bisheriger Studien an Patienten mit Hyperlipidämie, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Asthma oder Herzkrankheiten ist allerdings gering, sodass die Effektivität der Intervention noch nachzuweisen ist [33].

5 Arrange

Ziel: Kontinuierliche Langzeit-Betreuung

Frequenz und Intensität der Nachbetreuung hängen im Wesentlichen von der Ausgangssituation des Patienten ab. Es sollten jedoch Folgevereinbarungen getroffen werden, da es sich bei der Änderung von Risikoverhaltensweisen um einen Prozess handelt, der über eine mehr oder weniger längere Zeitspanne hinweg verläuft. Nachuntersuchungen bestehen im Wesentlichen aus der kurzen Wiederholung der 5 A's zur Aktualisierung der vereinbarten Behandlungsziele sowie der Bereitstellung von Hilfsangeboten zur Aufrechterhaltung und Rückfallprophylaxe bei Patienten, die ihr Verhalten bereits geändert haben. Allein die Ankündigung von weiteren Nacherhebungen kann für Patienten bereits einen entscheidenden Motivationsfaktor darstellen. Der Folgekontakt kann auch durch Praxispersonal oder Telefon-Follow-ups aufrechterhalten werden.

Patientenschulungen



Patientenschulungen vermitteln Patienten Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, um krankheitsbedingte Einschränkungen zu minimieren oder besser bewältigbar zu machen [34,43].

Innerhalb der letzten 10 Jahre haben sich die Empfehlungen hinsichtlich der didaktischen Konzepte von Patientenschulungen deutlich verändert. So geht es weg von der in erster Linie auf Wissensvermittlung ausgerichteten Schulung hin zum bereits oben genannten „Empowerment-Konzept“ [35–39]. Hierbei geht es neben der Wissensvermittlung um die Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum weitest möglichen eigenständigen Umgang mit der Erkrankung und der Möglichkeit, informierte Entscheidungen bezüglich der eigenen Lebensführung zu treffen.

Patientenschulungen mit diesem Fokus werden von einigen Autoren in Deutschland als Selbstmanagement-Schulungen bezeichnet [40]. In den USA ist mit dem Begriff „self-management education“ [41,42] etwas anderes gemeint. Hier beschreibt dieser Begriff einen krankheitsübergreifenden Schulungsansatz, bei dem *Menschen mit verschiedenen chronischen Erkrankungen*

gemeinsam geschult werden. Möglich erscheint dies, da einige zentrale Elemente dieser Form von Patientenschulung bei allen chronisch kranken Menschen zum Tragen kommen (u. a. Aneignung von Fertigkeiten zur alltäglichen Problemlösung, Kennenlernen und Anwenden von (Informations-)Ressourcen, Erlernen sozialer Kompetenzen zum Aufbau eines Arbeitsbündnisses mit dem Arzt).

Was sind Patientenschulungen?

Patientenschulungen sind strukturierte, komplexe didaktische und/oder verhaltensmodifizierende Interventionen, die meist für Kleingruppen von Patienten an mehreren Terminen angeboten werden. Je nach Intervention kann die Schulung in Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen (Ärzte, Psychologen, speziell qualifizierte medizinische Fachangestellte, Diabetesberater usw.) durchgeführt werden. Teilweise ist es erwünscht, dass Angehörige des Patienten an der gesamten Schulung oder an einzelnen Schulungseinheiten teilnehmen.

Allgemeine Ziele von Patientenschulungen [34, 43]

- ▶ Vermittlung von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Selbstbehandlung und deren Umsetzung im Alltag.
- ▶ Förderung der emotionalen und kognitiven Akzeptanz der Erkrankung.
- ▶ Erhöhung der sog. Therapietreue bzw. der Mitarbeit des Patienten¹.
- ▶ (Wieder-)Herstellung von psychosozialer Gesundheit und Verbesserung der Lebensqualität.

Allgemeine Inhalte von Patientenschulungen [34, 43, 52]

- ▶ Informationen zu Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten,
- ▶ Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Selbstkontrolle und Selbstbehandlung,
- ▶ Motivierung zur gesundheitsförderlichen Verhaltensänderung (z. B. gesunde Ernährung, körperliche Aktivierung, Verringerung von Risikofaktoren wie Rauchen und Übergewicht) Wünschenswert, in den aktuellen Schulungsprogrammen bisher jedoch nur teilweise umgesetzt [44],
- ▶ Erlernen von sozialen Kompetenzen sowie von Strategien zur konkreten Problemlösung und zur Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung,
- ▶ Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Stressbewältigung (sofern notwendig) und
- ▶ Psychologische Unterstützung bei Angst und Depressivität (sofern notwendig).

Stand der Literatur hinsichtlich der Wirksamkeit von Patientenschulungen

Insgesamt wird im Bereich der Evaluationsstudien von Patientenschulungsprogrammen eine mindere Studienqualität bemängelt [45,46] Hierbei ist beispielsweise die zu geringe Berücksichtigung von patientenorientierten Endpunkten, wie Lebensqualität und Krankheitsbewältigung zu nennen. Desweiteren wird eine fehlende Berücksichtigung von Clustereffekten

bei Clusterrandomisierung bemängelt, die zur Überschätzung von Effekten führen kann. Auch im Bereich der Berichtsqualität (Fehlen von detaillierter Erläuterung didaktischer Konzepte, Zielsetzungen und Inhalte der Schulungen) werden häufig Mängel beschrieben, sodass Schlussfolgerungen zur Wirksamkeit von einzelnen Schulungselementen nicht ausreichend nachvollziehbar seien [47–49].

Da es sich bei Patientenschulungen um sog. komplexe Interventionen handelt, bei denen verschiedene Maßnahmen z. B. zur Verhaltensänderung, zur Medikamenteneinnahme und/oder zur Selbstkontrolle gemeinsam eingesetzt werden und sich auch teilweise wechselseitig beeinflussen, werden an die Evaluationsmethodik besondere Anforderungen gestellt. So fordert das UK Medical Research Council, dass diese Art von Interventionen in einem *mehrstufigen Prozess* entwickelt und evaluiert werden müssen [50]. Die wissenschaftliche Prüfung von komplexen Interventionen beinhaltet demnach sowohl quantitative Analysen als auch qualitative Forschungsansätze, je nachdem auf welcher Stufe der Entwicklung bzw. Evaluation man sich befände. Diese Vorgabe würde bisher jedoch bei der Entwicklung und Evaluation von Schulungsprogrammen nur selten beachtet [51]. Auch die zurzeit vorliegenden Meta-Analysen zur Beurteilung der Wirksamkeit von Patientenschulungen werden in einem aktuellen methodischen Review kritisch beurteilt. Hierbei wird in erster Linie bemängelt, dass in den Analysen eben nicht die komplexen Interventionen als Ganzes eingingen, sondern lediglich Einzelkomponenten aufgenommen würden, wodurch Wechselwirkungen der Einzelkomponenten nicht berücksichtigt und Effekte nicht valide gemessen würden. In diesem methodischen Review werden Kriterien vorgestellt, die bei der Erstellung von Meta-Analysen zu komplexen Interventionen zukünftig unbedingt berücksichtigt werden sollten [52].

Betrachtet man vor diesem Hintergrund die derzeit vorliegenden Evaluationsstudien zur Wirksamkeit von Patientenschulungen, zeigt sich, dass zurzeit für die Erkrankungen **Diabetes Typ 1 und 2** [53–61] **Hypertonie** [62–66] **Asthma bronchiale** [67–72] und **COPD** [73] Hinweise auf leichte bis moderate Verbesserungen klinischer Ergebnisparameter vorliegen. Dies unterstützt die Vermutung, dass Patientenschulungen umso wirksamer sind, je stärker der Behandlungserfolg von der aktiven Mitwirkung des Patienten bei Kontrolle und Therapie der Erkrankung abhängig ist. Beispielsweise ist ein ausreichender Behandlungserfolg beim insulinpflichtigem Diabetes nur möglich, wenn Stoffwechselfelbstkontrollen durchgeführt werden und die Patienten die Insulindosis selbstständig anpassen können. Analoges gilt für Patienten mit Asthma bronchiale, COPD und Hypertonie.

Patientenschulungen für **Diabetes** sollten in enger Abstimmung mit der Diabetesbehandlung erfolgen [74]. Für Typ-2-Diabetikerschulungen liegen Hinweise vor, dass Gruppenschulungen Einzelschulungen bezüglich der Veränderung grundlegender Lebensgewohnheiten überlegen sind [75]. Außerdem wird in einer Metaanalyse postuliert, dass Präsenzunterricht, praktische Übungseinheiten sowie die Thematisierung von patientenseitigen Barrieren in Bezug auf die Absenkung des HbA1c besonders wirksam seien [67]. In einer 2007 veröffentlichten randomisiert-kontrollierten Studie zum Vergleich zweier deutscher Schulungsprogramme war das vor einigen Jahren entwickelte Schulungsprogramm MEDIAS 2 hinsichtlich der Absenkung des HbA1c-Wertes sowie des Body-Mass-Index dem Schulungsprogramm des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung (ZI), das in Deutschland bereits seit über 20 Jahren im Einsatz ist, überlegen [40]. Die Autoren geben bei der Bewertung der Studi-

¹Hinwendung vom „alten“ Konzept der „Therapietreue=Compliance“ zum Konzept der „Konkordanz“, welches die individuellen Krankheitskonzepte des Patienten in hohem Maße berücksichtigt und dazu führt, dass Therapieziele gemeinsam von Arzt und Patient entwickelt werden, wäre wünschenswert, ist in den aktuellen Schulungsprogrammen bisher jedoch nur teilweise umgesetzt.⁴⁴

energebnisse zu bedenken, dass das MEDIAS 2-Programm mit 12 Unterrichtseinheiten deutlich umfangreicher sei als das Vergleichsprogramm (4 Unterrichtseinheiten). Dieser Aspekt könne nach Angabe der Autoren jedoch nur in etwa ein Drittel der Verbesserung im HbA1c erklären. Das MEDIAS-Programm nimmt für sich in Anspruch, dass es den Selbstmanagement-Ansatz konsequent umsetzt und den Patienten unterstützt, selbst aktiv zu werden. Es fokussiert dabei auf kognitive, emotionale und motivationale Aspekte der Verhaltensänderung [76].

Im Bereich der **COPD** liegen Nachweise vor, dass schriftliche Handlungsanweisungen den Patienten helfen, adäquat auf Exazerbationen mittels der Selbstinitiiierung einer Antibiotikatherapie oder Einsatz von Steroiden zu reagieren. In einer deutschen Untersuchung werden COPD-Schulungsprogrammen Wirksamkeiten hinsichtlich der Verbesserung der Effizienz der Inhalationstechnik, der Steigerung der Selbstkontrolle sowie der Verringerung der Häufigkeit von Exazerbationen bedingten Krankenhausaufenthalten bescheinigt⁸¹. Für die abschließende Beurteilung der Wirksamkeit von Patientenschulungsprogrammen für COPD Patienten würden nach Ansicht der Autoren eines aktuellen Cochrane-Reviews noch Ergebnisse aus weiteren Studien benötigt [77] zumal der Nachweis einer Verringerung der Morbidität oder der Mortalität fehle [78].

Insgesamt gibt es, was die Patientenschulungen angeht, weiterhin noch viele offene Fragen bezüglich der Methodik und Didaktik, der spezifischen Zielgruppen sowie der entscheidenden Erfolgsparameter [62]. Der zukünftige Forschungsbedarf ist weiterhin groß.

Zum heutigen Zeitpunkt sollten Hausärzte ihre Patienten mit oben genannten chronischen Erkrankungen zur Teilnahme an Patientenschulungen motivieren. Hierbei sind Schulungsprogramme, die neben Wissen auch Fähigkeiten und Fertigkeiten zum weitest möglichen eigenständigen Umgang mit der Erkrankung vermitteln sowie auch individuelle emotionale und motivationale Aspekte berücksichtigen, zu bevorzugen. Um die durch die Schulung initiierten Selbstmanagementprozesse langfristig aufrechtzuerhalten, stellt die verhaltensorientierte Beratung und die motivierende Gesprächsführung ein wichtiges Instrument für die hausärztliche Praxis dar.

Interessenskonflikte: keine angegeben.

Literatur

- 1 Bodenheimer T, et al. Patient Self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002; 288: 2469–2475
- 2 Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care model. *JAMA* 2002; 288: 1909–1914
- 3 Faller H, Reusch A, Vogel H, et al. Patientenschulung. *Rehabilitation* 2005; 44: e21–e31
- 4 Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, et al. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Jt Comm J Qual Saf* 2003; 29: 563–574
- 5 Glasgow RE, Funnell MM, Bonomi AE, et al. Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implementation with diabetes and heart failure teams. *Ann Behav Med* 2002; 24: 80–87
- 6 U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*, 3rd Edition 2002
- 7 Rosenstock IM. Enhancing patient compliance with health recommendations. *J Pediatr Health Care* 1988; 2: 67–72
- 8 Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84: 191–215
- 9 Schwarzer R. Theoretische Konzepte zum Gesundheitsverhalten. *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe; 1996; 1–81
- 10 Keller S, Kalkuza G, Basler HD. Motivierung zur Verhaltensänderung. Prozessorientierte Patientenedukation nach dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung. *Psychmed* 2001; 13: 101–111
- 11 Elder JP, Ayala GX, Harris S. Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care. *Am J Prev Med* 1999; 17: 275–284
- 12 Walter U. Bevölkerungsbezogene und individuelle Prävention – Strategien und Wirksamkeit. *Der Internist* 2004; 45: 148–156
- 13 Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, et al. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med* 2002; 22: 267–284
- 14 Estabrooks PA, Glasgow RE, Dzewaltowski DA. Physical activity promotion through primary care. *JAMA* 2003; 289: 2913–2916
- 15 Goldstein MG, Whitlock EP, Pae J De. Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. *Am J Prev Med* 2004; 27 (2 Suppl): 61–79
- 16 Woolf SH, Glasgow RE, Krist A, et al. Putting it together: finding success in behavior change through integration of services. *Ann Fam Med* 2005; 3 (Suppl 2): S20–S27
- 17 Basler HD. Patient education with reference to the process of behavioral change. *Patient Educ Couns* 1995; 26: 93–98
- 18 Keller S. Motivierung zur Verhaltensänderung: Das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag; 1999
- 19 Steptoe A, Doherty S, Rink E, et al. Behavioral counseling in general practice for the promotion of healthy behavior among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial. Commentary: Treatment allocation by the method of minimisation. *BMJ* 1999; 319: 943–948
- 20 Prochaska JO, Clemente CC Di. Common processes of self-change in smoking, weight control and psychological distress. In: Shiffman S, Wills T, eds. *Coping and substance use*. New York: Academic Press; 1985; 345–363
- 21 Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychol* 1994; 13: 39–46
- 22 Spencer L, Pagell F, Hallion ME, et al. Applying the transtheoretical model to tobacco cessation and prevention: a review of literature. *Am J Health Promot* 2002; 17: 7–71
- 23 Hotz SB, Allston JA, Birkett NJ, et al. Fat-related dietary behavior: behavioral science concepts for public health practice. *Can J Public Health* 1995; 86: 114–119
- 24 Patten S, Vollman A, Thurston W. The utility of the Transtheoretical Model of behavior change for HIV risk reduction in injection drug users. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2000; 11: 57–66
- 25 Snow MG, Prochaska JO, Rossi JS. Processes of change in alcoholics anonymous: Maintenance factors in long-term sobriety. *J Stud Alcohol* 1994; 55: 362–371
- 26 Sutton S. Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction* 2001; 96: 175–186
- 27 Adams J, White M. Are activity promotion interventions based on the transtheoretical model effective? A critical review. *Br J Sports Med* 2003; 37: 106–114
- 28 Adams J, White M. Why don't stage-specific activity promotion intervention works? *Health Education Research* 2005; 20: 237–243
- 29 Little P, Everitt H, Williamson I, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001; 322: 468
- 30 Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford press; 2002
- 31 Bundy C. Changing behavior: using motivational interviewing techniques. *J R Soc Med* 2004; 97 (Suppl 44): 43–47
- 32 Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol Alcohol* 2006; 41: 328–335
- 33 Knight KM, MacGowan L, Dickens C, et al. A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *Br J Health Psychol* 2006; 11: 319–332
- 34 Petermann F, Hrsg. *Patientenschulung und Patientenberatung – Ein Lehrbuch*. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe; 1997
- 35 Faller H, Reusch A, Vogel H, et al. Patientenschulung. *Rehabilitation* 2005; 44: e21–e31
- 36 Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, et al. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Jt Comm J Qual Saf* 2003; 29: 563–574
- 37 Glasgow RE, Funnell MM, Bonomi AE, et al. Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implemen-

- tation with diabetes and heart failure teams. *Ann Behav Med* 2002; 24: 80–87
- 38 Glasgow RE, Anderson RM. In diabetes care, moving from compliance to adherence is not enough. Something entirely different is needed. *Diabetes care* 1999; 22: 2090–2092
- 39 American Diabetes A. Standards of Medical Care in Diabetes-2008. *Diabetes Care* 2008; 31: S12–S54
- 40 Kulzer B, Hermanns N, Reinecker H, et al. Effects of self-management training in Type 2 diabetes: a randomized, prospective trial. *Diabetic medicine a journal of the British Diabetic Association* 2007; 24: 415–423
- 41 Lorig KR, Holman HR. Self-Management Education: History, Definition, Outcomes and Mechanisms. *Ann Behav Med* 2003; 26: 1–7
- 42 Lorig K, Sobel D, Stewart A, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: A randomized trial. *Medical care* 1999; 37: 5–14
- 43 Küver C, Mühlhauser I, Beyer M, et al. Patientenschulung – Anforderungen, Wirksamkeit, Umsetzung. In: Sell S, Tophoven C Hrsg. DMPs – die Chance. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln; 2004
- 44 Küver C, Beyer M, Gensichen J, et al. Erhebung und Bewertung von Schulungsprogrammen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Asthma und COPD, KHK, Hypertonie, Herzinsuffizienz und Brustkrebs in Deutschland. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 2004; 98: 393–402
- 45 Reed DMD, Price EGMDMPH, Windish DMMDMPH, et al. Challenges in Systematic Reviews of Educational Intervention Studies. *Ann Intern Med* 2005; 142: 1080–1089
- 46 Warsi A, Wang PS, LaValley MP, et al. Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. *Arch Intern Med* 2004 Aug 9–23; 164: 1641–1649
- 47 Albano MG, Jacquemet S, Assal JP. Patient education and diabetes research: A failure! Going beyond the empirical approaches. *Acta Diabetol* 1998; 35: 207–214
- 48 Brown SA. Quality of reporting in diabetes patient education research: 1954–1986. *Research in Nursing & Health* 1990 Feb; 13: 53–62
- 49 Wheeler ML, Wylie-Rosett J, Pichert JW. Diabetes education research. *Diabetes care* 2001; 24: 421–422
- 50 Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000 Sep 16; 321: 694–696
- 51 Mühlhauser I, Berger M. Patient education – evaluation of a complex intervention. *Diabetologia* 2002; 45: 1723–1733
- 52 Lenz M, Steckelberg A, Richter B, et al. Meta-analysis does not allow appraisal of complex interventions in diabetes and hypertension self-management: A methodological review. *Diabetologia* 2007; 50: 1375–1383
- 53 Mühlhauser I, Berger M. Diabetes education and insulin therapy, when will they ever learn? *J Intern Med* 1993; 233: 321–326
- 54 Norris SL, Lau J, Smith SJ, et al. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes care* 2002; 25: 1159–1171
- 55 Chodosh J, Morton SC, Mojica W, et al. Meta-Analysis: Chronic Disease Self-Management Programs for older Adults. *Ann Intern Med* 2005; 6: 427–438
- 56 Deakin T, MacShane CE, Cade JE, et al. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Coch Db Syst Rev.* 3 2006
- 57 Grüsser M, et al. Schulung nicht insulinpflichtiger Typ 2 Diabetiker in der Praxis des niedergelassenen Arztes. *Diabetes und Stoffwechsel* 1992; 1: 229–234
- 58 Kronsbein P, et al. Evaluation of a structured treatment and teaching programme on non-insulin-dependent diabetes. *Lancet* 1988; 2: 1407–1411
- 59 Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, et al. Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. *Patient education and counseling* 2004; 52: 97–105
- 60 Gary TL, Genkinger JM, Guallar E, et al. Meta-analysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. *Diabetes Educator* 2003 May-Jun; 29: 488–501
- 61 Davies MJ, Heller S, Skinner TC, et al. Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: Cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2008; 336: 491–495
- 62 Sawicki PT, Mühlhauser I, Didjurgeit U. Strukturoptimierung der antihypertensiven Therapie. Langzeitergebnisse einer randomisierten prospektiven Studie in Arztpraxen. *Dtsch Ärzteblatt* 1993; 90: A1736–A1741
- 63 Boulware LE, Daumit GL, Frick KD, et al. An evidence-based review of patient-centered behavioral interventions for hypertension. *Am J Prev Med* 2001 Oct; 21: 221–232
- 64 Mühlhauser I. Evaluation of a structured treatment and teaching programme on hypertension in general practice. *Clin Exp Hypertens* 1993; 15: 125–142
- 65 Kosmol A, Szczech R, Narkiewicz K, et al. Effects of Structured Educational Programme on Ambulatory Blood Pressure in Hypertensive Subjects. *J Hypertens* 2001; 19: S191
- 66 Trocha AK, Schmidtke C, Didjurgeit U, et al. Effects of intensified anti-hypertensive treatment in diabetic nephropathy: mortality and morbidity results of a prospective controlled 10-year study. *J Hypertens* 1999 Oct; 17: 1497–1503
- 67 Gibson PG, Powell H, Coughlan J, et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Coch Db Syst Rev.* 2008
- 68 Wolf FM, Guevara JP, Grum CM, et al. Educational interventions for asthma in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 3 2006
- 69 Guevara JP, et al. Effects of educational interventions for self-management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; 326: 1308–1309
- 70 Gebert N, et al. Efficacy of self-management program for childhood asthma – A prospective controlled study. *Patient Educ Couns* 1998; 35: 213–220
- 71 Szczepanski R, et al. Ergebnis einer strukturierten Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter. *Pneumologie* 1996; 50: 544–548
- 72 Mühlhauser I, et al. Evaluation of a structured treatment and teaching programme on asthma. *J Intern Med* 1991; 230: 157–164
- 73 Worth H. Effekte der Patientenschulung bei Asthma und COPD – was ist belegt? *Medizinische Klinik* 2002; 97: 20–24
- 74 Deutsche-Diabetes-Gesellschaft (DDG) und Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM) (Hrsg). Evidenzbasierte Leitlinie – Psychosoziales und Diabetes. http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/redaktion/mitteilungen/leitlinien/EBL_Psychosoziales_2003.pdf (16.6.2008)
- 75 Trento MBEDSCI, Passera PMD, Borgo EMD, et al. A 5-Year Randomized Controlled Study of Learning, Problem Solving Ability, and Quality of Life Modifications in People With Type 2 Diabetes Managed by Group Care. *Diabetes Care* 2004; 27: 670–675
- 76 [http://www.medias2.de/\(aufgerufen am 23.9.08\)](http://www.medias2.de/(aufgerufen am 23.9.08))
- 77 Monnikhof EM, Valk PDLPM van der, Palen J van der, et al. Self-management education for chronic obstructive pulmonary disease. *Coch Db Syst Rev.* 3 2006
- 78 Turnock AC, Walters EH, Walters JAE, et al. Action plans for obstructive pulmonary disease. *Coch Db Syst Rev.* 3 2006

Zur Person



Dr. med. Claudia Küver, MPH

Ärztin für Allgemeinmedizin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Arbeitsschwerpunkte: Versorgung chronisch kranker Menschen, Patientenschulung, Disease Management sowie hausärztliche Fortbildung