

Bettina Berger (Hrsg.)

RAUM FÜR EIGENSINN

Ergebnisse eines Expertentreffens zur Patientenkompetenz



CAM EXPERTISE

Karl und Veronica Carstens-Stiftung

Raum für Eigensinn

Ergebnisse eines Expertentreffens zur
Patientenkompetenz

Bettina Berger (Hrsg.)

KVC Verlag
Karl und Veronica Carstens-Stiftung
Am Deimelsberg 36, 45276 Essen
Tel.: +49 (0) 201 56305 0
Fax: +49 (0) 201 56305 30
www.kvc-verlag.de

Berger, Bettina (Hrsg.)

Raum für Eigensinn – Ergebnisse eines Expertentreffens zur
Patientenkompetenz

CAM EXPERTISE
Karl und Veronica Carstens-Stiftung

ISBN 978-3-86864-006-9

© KVC Verlag – Karl und Veronica Carstens-Stiftung, Essen 2011

Alle Rechte, insbesondere die der Übersetzung in andere Sprachen, vorbehalten. Kein Teil dieses Buches darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Photokopie, Mikroverfilmung oder irgendein anderes Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere Datenverarbeitungsmaschinen, verwendbare Sprache übertragen oder übersetzt werden.

Umschlaggestaltung: eye-d Designbüro, Essen
Druck: Union Betriebs-GmbH, Rheinbach

Inhalt

Bettina Berger:

Raum für Eigensinn 1

I. Die Perspektive der evidenzbasierten Medizin

Ingrid Mühlhauser, Anke Steckelberg:

Patienten wollen mitentscheiden, doch die Informationsbasis
und Strukturen fehlen 21

Christoph Heesen, Nina Schäffler, Jürgen Kasper,

Alexander Simonow, Sascha Köpke:

Empowerment bei MS – Wie viel Selbstmanagement
ist möglich? 33

Fülöp Scheibler:

Patientenkompetenz im Rahmen der Nutzenbewertung –
Eine Begriffsklärung 51

Norbert Schmacke:

Non-Compliance – Diskurs ohne Fundament 69

II. Kompetenz im Umgang mit der eigenen Erkrankung

Sylvia Groth:

Expertinnen für sich selbst – Wissen (in) der
Frauengesundheitsbewegung 81

Bern Vielhaber:

Welche Kompetenzen haben HIV- und AIDS-Patienten? 107

Angelika Koppe:

Wildwuchs – Eine Methode zur Aktivierung von
Selbsteilungskräften 125

Simon Jakob Drees:

Musikalische Heilarbeit für Asthmatiker oder:
Schöpferischer Umgang mit Atem und Stimme 143

Kinga Howorka:

Wann fördern Patientenschulungsprogramme Patientenkompetenz? 149

Bettina Berger, Ulla Sladek, Anja Gerlach, Eva Matyas,

Sylvia Groth:

„Wissen macht stark und gesund“ – Kompetenztraining zur
Stärkung von kritischer Gesundheitsbildung:
Inhalte, Methoden und erste Ergebnisse 165

III. Die salutogenetische Perspektive

Wolfgang Loesch:

Imaginative Psychotherapie und Patientenkompetenz 189

Anna Paul, Maria Frühwald:

Das „Essener Modell“ – Steigerung der
Patientenkompetenz durch Mind/Body Medizin 201

Harald Walach:

Was uns der Placebo-Effekt über Patientenautonomie lehrt
oder: Die Zukunft der Arzt-Patienten-Beziehung 219

Marco Bischof:

Von der Patientenkompetenz zur Gesundheitskompetenz 235

Autorinnen und Autoren 259

Patienten wollen mitentscheiden, doch die Informationsbasis und Strukturen fehlen

Ingrid Mühlhauser, Anke Steckelberg

Wünsche der Betroffenen

Die britische Ärztin und Brustkrebspatientin Jane Keidan berichtete kürzlich im *British Medical Journal* über ihre turbulente persönliche Krankengeschichte. Beinahe wäre sie im Wirbel um das Brustkrebsmedikament Herceptin® zum Medienstar geworden (Keidan 2007). Sie hatte sich an die Spitze einer Patientenbewegung gesetzt, um die Kostenübernahme für das extrem teure Medikament zu erwirken. In den Medienkampagnen wurde eine 50 % Reduktion der Rezidivrate von Brustkrebs versprochen. Als die Ärztin später vor der Wahl stand, Herceptin® bei sich selbst anzuwenden, entschied sie sich dagegen. Erst durch die Aufklärung ihres behandelnden Arztes hätte sie verstanden, wie wenig sie mit der neuen Therapie in Wirklichkeit erreichen könnte. Nach der Studienlage hätten ohne Herceptin® etwa 10 von 100 Frauen ein Rezidiv, mit Herceptin® wären es etwa 5 von 100 Frauen, das sind zwar 50 % weniger, aber nur 5 von je 100 behandelten Frauen hätten diesen Nutzen. Gleichzeitig erlitten ebenso viele Frauen, etwa 5 von 100, schwere Schäden am Herzen. Frau Keidan verlangt, Patienten und Patientinnen besser und vollständig über Nutzen und Schaden von Krebstherapien zu informieren (Keidan 2007).

Ähnliche Forderungen stellten in Deutschland bereits im Oktober 2006 von Brustkrebs betroffene Frauen in einer Petition an den Bundestag (Tenter 2006). Die Erkenntnis, dass die Informationen für die Betroffenen lückenhaft und irreführend sind, hatte die Netzwerkgruppe „Kompetenztraining für Brustkrebsaktivistinnen“ (KOMBRA) zu diesem Schritt veranlasst. Auszüge der Petition sind weiter unten in einem Kasten zusammengefasst. Die Petition wurde ein Jahr später jedoch negativ beschieden. Die Begründung berief sich darauf, dass Patienten, die für eine Therapie relevanten Informationen in erster Linie von ihrem behandelnden Arzt bekämen bzw. die gewünschten Informationen durch Selbsthilfe-

Bürger und Patienten wünschen ein hohes Maß an Partizipation an medizinischen Entscheidungen, weitgehend unabhängig von Gesundheitszustand, Bildung und Alter (Hamann et al. 2007; Mühlhauser, Lenz 2008; EMEA 2009). Dies setzt die Verfügbarkeit evidenzbasierter Patienteninformationen voraus. Diese werden zurzeit nur in Ausnahmefällen in angemessener Weise angeboten. Das verfügbare Material ist nicht geeignet, individuelle informierte Entscheidungen über spezifische medizinische Maßnahmen, z. B. eine bestimmte Krebsbehandlung, zu ermöglichen (Mühlhauser, Lenz 2008; Mühlhauser, Oser 2008).

Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen

Es gibt inzwischen eine umfangreiche wissenschaftliche Literatur zu Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen (Steckelberg et al. 2005; Trevana et al. 2006; Bunge et al. 2010). Die Informationen müssen über die Prognose der Erkrankung bzw. des Beschwerdebildes informieren, wenn keine Intervention erfolgt, also den sogenannten natürlichen Verlauf der Erkrankung. Es müssen alle Optionen genannt werden, einschließlich der Möglichkeit, auf eine Intervention (vorerst) zu verzichten. Das gilt sowohl für präventive, diagnostische als auch für therapeutische Maßnahmen. Zu den anstehenden medizinischen Eingriffen müssen Wahrscheinlichkeiten zu Erfolg, Ausbleiben des Erfolgs und Schaden präsentiert werden. Die Angaben müssen sich auf Zielparameter beziehen, die für die Patienten Relevanz haben. Das Fehlen von Evidenz muss offen gelegt werden. Im Falle von diagnostischen Maßnahmen müssen Daten zu möglichen falschen Ergebnissen bzw. den Vorhersagewerten für positive bzw. negative Testergebnisse kommuniziert werden. Die Daten müssen unverzerrt präsentiert werden, z. B. mit natürlichen Häufigkeiten statt Relativprozentangaben. Interessenkonflikte sind zu nennen. Patienten sollen in den Entwicklungsprozess des Informationsmaterials einbezogen werden (EMEA 2009; Steckelberg et al. 2005; Trevana 2006; Bunge et al. 2010; General Medical Council 1999, 2008; European Guidelines 2006; Koch, Mühlhauser 2008; Klemperer et al. 2009).

Patientenkompetenz

Der Begriff der Patientenkompetenz ist bisher nicht einheitlich definiert. Eine verbreitete Definition stammt von Nagel et al. (2004). Unter Patientenkompetenz wird verstanden:

- Die Fähigkeit des Patienten, sich den Herausforderungen der Erkrankung zu stellen,
- sich auf die eigenen und fremden Ressourcen der Krankheitsbewältigung zu besinnen,
- diese Ressourcen zu nutzen,
- dabei auch persönliche Bedürfnisse zu berücksichtigen,
- eigene Zielvorstellungen zu verfolgen und Autonomie zu wahren.

Ein wesentlicher Aspekt dieser Definition scheint die Stetigkeit dieses Merkmals zu sein. Es gibt zurzeit keine Festlegung auf einen bestimmten Trennwert, ab welchem man von einem „kompetenten Patienten“ spricht (stetiges Merkmal). Dieser Zustand kann als vergleichsweise günstig bezeichnet werden, da man bei Existenz eines derartigen Trennwerts in die Verlegenheit käme, einzelne Patienten, die diesen Wert in Messungen unterschreiten, als „inkompetent“ zu klassifizieren.

Im Umkehrschluss kann aus dieser Definition gefolgert werden, dass es nicht notwendiger Weise eines Mindestmaßes an Patientenkompetenz bedarf, ehe PatientInnen in der Lage sind, sich an Behandlungsentscheidungen (im Individualfall) bzw. an Versorgungsentscheidungen (auf Kollektivniveau) zu beteiligen. Die jeweils vorhandene Kompetenz kann genutzt werden, um Versorgungsentscheidungen dem Ideal der evidenzbasierten Medizin (EBM) oder der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung (EBHC) näher zu bringen. Aus dieser Definition kann weiter gefolgert werden, dass nicht zwangsläufig mit zunehmender Kompetenz der Patienten die getroffenen Entscheidungen besser werden. Dies soll jedoch an späterer Stelle noch weiter diskutiert werden.

Shared Decision-Making (SDM) und evidenzbasierte Medizin (EBM)

Die Konzepte *Shared Decision-Making* (zu Deutsch auch: „partizipative Entscheidungsfindung“) und evidenzbasierte Medizin (EBM) haben nicht zufällig geographisch und historisch identische Wurzeln. Beide Konzepte wurden Anfang der 1990er Jahre maßgeblich an der McMaster-Universität in Hamilton/Ontario, in Kanada entwickelt (Charles et al. 1997; Haynes et al. 2002). Abbildung 1 illustriert die wesentlichen Elemente beider Konzepte:

- Die individuelle gesundheitliche Situation der/s Patientin/en
- Die Werte und Präferenzen der/s Patientin/en
- Die Erfahrung, Werte und Präferenzen der/des behandelnden Arztes/Ärztin/ ÄrztInnen
- Der aktuelle Stand der Forschung

Legt man diese Definitionen zugrunde, wird zum einen klar, dass EBM ohne die Beteiligung von PatientInnen gar nicht möglich ist. Zum anderen wird deutlich, dass SDM ein Konzept ist, das der praktischen Umsetzung der Patientenbeteiligung im Rahmen der EBM dienen soll. Beide Konzepte setzen auf dem individuellen Niveau der Interaktion „am Krankenbett“ an.

Problematisch ist hier insbesondere der letzte Punkt, da der „Stand der Forschung“ üblicher Weise nur in Form von statistischen Wahrscheinlichkeitsaussagen vorliegt, die sich auf Gruppen von (mehr oder weniger) ähnlichen Patienten beziehen. Ob diese Aussagen im Individualfall Relevanz und Gültigkeit besitzen, bleibt immer unklar und daher Ermessenssache.

Nutzenbewertung im Rahmen von Versorgungsentscheidungen auf Systemebene: *Evidence-Based Healthcare* (EBHC)

Versucht man die Konzepte der EBM und des SDM auf ein höheres Aggregationsniveau zu übertragen, stellt man sich der Herausforderung, den vier oben genannten Voraussetzungen auf Systemebene gerecht werden zu müssen.

„Evidence-Based Health Care (Evidenz-basierte Gesundheitsversorgung) bezieht sich nicht nur auf die Versorgung individueller Patienten, sondern genauso auf Patientengruppen bzw. die Bevölkerung und

verfolgt das Ziel, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu verbessern. EBHC umfasst dabei die Integration von wissenschaftlich begründeten Interventionen mit den bestehenden Patienten- bzw. Populations-Präferenzen, und zwar sowohl auf der Ebene medizinisch-pflegerischer Maßnahmen als auch auf der Ebene komplexer, den Versorgungskontext betreffender Interventionen.“ (Schrappe, Längen 2010: 27)

Im Gegensatz zur EBM (Individualebene) ist hier der Stand der Forschung unmittelbar relevant und für Entscheidungen nutzbar, sofern zur entsprechenden Fragestellung in ausreichender Zahl und Qualität klinische Studien vorliegen. Problematisch ist auf dieser Ebene die Feststellung der „klinischen Expertise“ und der Werte und Präferenzen sowohl der PatientInnen als auch der ÄrztInnen (vgl. Definition des SDM). Werte und Präferenzen bzw. die klinische Expertise der ÄrztInnen lassen sich beispielsweise implizit aus Leitlinien herauslesen, insbesondere dann, wenn bei fehlender oder schwacher Evidenzlage starke Empfehlungen abgeleitet werden. In analoger Weise aggregierte Werte und Präferenzen der PatientInnen fehlen bislang weitgehend.

In dem hier zugrundeliegenden Verständnis ist also die EBHC die Integration der Werte und Präferenzen sowohl der PatientInnen als auch der ÄrztInnen (bzw. des jeweils an Entscheidungen beteiligten medizinischen Personals), der klinischen Expertise und des jeweiligen Stands der Forschung, um eine bestimmte Versorgungsentscheidung auf kollektiver Ebene unterstützen zu können.

Insbesondere die Ermittlung von Werten und Präferenzen von Patienten scheint nach wie vor eine methodische Herausforderung darzustellen und soll daher im Folgenden näher erörtert werden.

Wildwuchs – Eine Methode zur Aktivierung von Selbstheilungskräften

Angelika Koppe

Für eine Diskussion über „PatientInnen-Kompetenz“ möchte ich mit meinem Beitrag auf eine grundlegende Kernkompetenz hinweisen, die für ein gesundheitsförderliches Handeln erkrankter Menschen wichtig und im Expertendiskurs zu beachten ist: die persönliche Selbstheilungskompetenz. Während in früheren Jahren allein das Wort „Selbstheilung“ oftmals als „esoterisch“ abgetan wurde, belegen heute die Ergebnisse der Neurowissenschaften die Existenz eines solchen Potenzials. Internationale Wissenschaftler wie z. B. Joachim Bauer (2002, 2006), Gerald Hüther (2008, 2009), Antonio Damasio (2004), Dean Ornish (2010), Carl Simonton (2001) oder Jeanne Achterberg (1989, 2000) erforschen die Existenz von Selbstheilungskräften als Teil des körperlich-seelischen Innenlebens von Menschen. Allerdings sind die praktischen Möglichkeiten der Nutzung dieser individuellen Ressourcen für die individuelle Gesundheitsförderung in Europa wissenschaftlich noch wenig beachtet und erforscht worden.

Diese Wissenslücke kann der folgende Beitrag ein Stück füllen: Aus unserem Erfahrungswissen – basierend auf über zwei Jahrzehnten Beratungsarbeit in ganz Europa mit mehreren tausend Menschen – werde ich im Folgenden die Selbstheilungskompetenz von Menschen konturieren. Gleichzeitig stelle ich die Methode Wildwuchs vor: Diese Methode ist ein standardisiertes Beratungsverfahren als Begleitung und Unterstützung erkrankter Personen in ihrem Bedürfnis, „selbst etwas zu tun“ zur Aktivierung und Stärkung ihres Körpers. Es ist eine Art Gesundheitsbildung, in der die KlientInnen einen neuartigen Kontakt und Umgang mit dem eigenen Körper erleben und ihn gleichzeitig erlernen. Unser Instrumentarium, das Beratungskonzept Methode Wildwuchs, wird aktuell in Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Hannover evaluiert.

Historischer Entstehungszusammenhang dieser Arbeit ist die in den 1980er Jahren aufkommende Frauengesundheits- und Selbsthilfebewegung. Persönlicher Anstoß für die Frage nach PatientInnenkompetenz war

Ende der 1970er Jahre meine eigene Betroffenheit von einer damals als chronisch vermuteten Erkrankung – Endometriose. Zunächst war es die Aussichtslosigkeit der medizinischen Therapie, mir einen lebenswerten Alltag zu ermöglichen, die mir Antrieb gab für eine Suche nach Wegen, „selber etwas zu tun“. Das bedeutete damals nicht (ebenso wie auch heute in unserer Beratungspraxis), auf die Information und Begleitung durch kompetente ÄrztInnen verzichten zu wollen. Die Frage nach Eigenverantwortung und Handlungskompetenz im Krankheits- bzw. Heilungsgeschehen beabsichtigt sowohl einen andersartigen Umgang mit Körper und Krankheit als auch die Kreation von heilsamen und die Lebenslust fördernden Handlungsschritten, d. h. die Verbesserung von Lebensqualität im persönlichen Alltag.

Selbtheilungskompetenz als Quelle für eine „kompetente“ Vorgehensweise von PatientInnen

Mit dem Begriff „Selbtheilung“ wird im engeren Sinne die Fähigkeit des Körpers bezeichnet, bei Beschwerde und Krankheit sein Innenleben selbst wieder in Richtung Gesundheit zu regulieren und in Balance zu bringen (Achterberg 1989, 2000).

Die Grundlagenforschung der Neurowissenschaften entwirft in den letzten Jahren mit ihren wissenschaftlichen Ergebnissen ein neues Bild vom Geschehen des Körperinnenlebens: Körperliche Prozesse, also auch das, was wir als Krankheit bezeichnen, geschehen in und auch als Resultat von komplexen „biologisch-seelischen Vernetzungen“ (Bauer 2002, 2006). Diese bilden sich aus dem Zusammenwirken von unterschiedlichen Faktoren wie physiologischen Körpervorgängen, psychisch-seelischem Erleben, gesellschaftlich-familiärer Sozialisation, aktuellen Lebensstrategien mit spezifischen Denk- und Verhaltensweisen, Umwelteinflüssen, etc. In ihren Ausformungen und Besonderheiten prägen diese Faktoren die inneren Körpervorgänge mit, sie „verkörpern“ sich.

Dementsprechend wandeln sich auch in den letzten Jahrzehnten die Paradigmen von Heilung und medizinischer Therapie: „Heilung ist nicht dasselbe wie die Beseitigung von Symptomen, Heilung ist ein natürlicher

Prozess, zu dem jeder Mensch **selbst** fähig ist. Symptombeseitigung ist die Aufgabe der Ärzte und kommt **von außen**; sie behandelt oder beseitigt Symptome durch Medikamente und Operationen. Diese äußere Behandlung zielt nicht notwendig auf die Faktoren, die zu dem Symptom beigetragen haben. Heilung geht tiefer als Symptombeseitigung und muss immer von innen kommen. Sie richtet sich auf das Ungleichgewicht, das den Symptomen zugrunde liegt, und stellt eine Verbindung zwischen den häufig verborgenen Aspekten des individuellen Lebens her, die eine Beziehung zu der Krankheit haben. Natürlich können auch Symptombeseitigung und die Wiederherstellung beeinträchtigter körperlicher Funktionen ein Bestandteil der Heilung sein, aber es bleibt ein wesentlicher Unterschied: Ein Mensch kann völlig geheilt sein und dann doch an seiner Krankheit sterben.“ (Northrup 2001: 66).

Mit dem Begriff Selbstheilungskompetenz bezeichnen wir im Beratungskontext der Methode Wildwuchs zusammenfassend den Willen, die inneren Ressourcen sowie die persönlichen Fähigkeiten, über die jeder Mensch für seine individuelle Gesundheitsförderung verfügt. Dieses innere Potenzial kann für die Entwicklung von eigenwilligen und eigenverantwortlichen Strategien genutzt werden: „Ich will selber etwas tun zur Unterstützung, Stärkung und Aktivierung meines Körpers“ ist das Bedürfnis der Menschen, die mit den unterschiedlichsten körperlichen Beschwerden und Erkrankungen in unsere Selbsthilfe-Beratung kommen.

Im Verlauf vieler Jahre Beratungspraxis hat sich nun auch genauer herauskristallisiert, welche Elemente denn konkret Selbstheilungskompetenz beinhalten kann, sozusagen die *Soft Skills* dieser Kernkompetenz: Im Rahmen unserer Qualitätssicherung identifizierten unsere KundInnen und BeraterInnen spezifische, individuelle Haltungen, Fähigkeiten, Denk- und Verhaltensweisen. Selbstheilungskompetenz wird also von den KlientInnen und deren BegleiterInnen als Potenzial während des gemeinsamen Beratungsprozesses entdeckt – sie wird jeweils individuell spezifisch identifiziert und formuliert.

Unserer Erfahrung nach generiert sich die Fähigkeit und Kraft für Eigenverantwortlichkeit und Eigenwilligkeit eines erkrankten Menschen aus der Vernetzung folgender Komponenten:

- dem Wunsch/ der Vision/ Sehnsucht nach Gesundheit und Heilung
- einer kognitiv-emotionalen Sichtweise und Bewertung des eigenen Körpers und seiner Beschwerden
- dem Verhältnis und dem Kontakt zum eigenen Körper
- dem Vertrauen und der Einschätzung bzgl. eigener Handlungsmacht in der Gesundheitsförderung

Diese inneren kognitiven, emotionalen und seelischen Befindlichkeiten einer Persönlichkeit bilden zum einen die Basis und sind aber auch gleichzeitig die Ressourcen für eine eigenverantwortliche Teilhabe der PatientIn am Gesundungsprozess – und somit auch für den Input der PatientInnen im medizinischen Therapieprozess.

Eine so definierte Selbstheilungskompetenz kann nur **ein** Bestandteil, **ein** Aspekt des gesamten Spektrums von PatientInnenkompetenzen sein. Allerdings, so zeigen unsere Beratungserfahrungen, **muss** diese Kompetenz berücksichtigt und genutzt werden. Unsere Beobachtung: Ohne die innere Sicherheit, ohne die Bewusstheit und das Vertrauen in diese eigenen Potenziale – ohne ein „inneres *Standing*“ – gibt es kein eigenmächtiges, eigenverantwortliches Handeln von PatientInnen.

Die Methode Wildwuchs, ein Beratungskonzept zur Entdeckung und Aktivierung von Selbstheilungskompetenz

In unserer Beratungspraxis gehen wir davon aus, dass diese Art von Selbstheilungskompetenz potentiell in jedem Menschen vorhanden ist, d. h. sie ist Voraussetzung und Basis unserer Arbeit. Gleichzeitig fördert unsere spezielle Beratungsarbeit dieses Potenzial. Der Beratungszyklus namens Methode Wildwuchs ist mittlerweile ein standardisiertes Beratungskonzept. Die Methode ist am ehesten mit einem Gesundheitscoaching vergleichbar, das den KlientInnen/ KundInnen einen mehrstufigen Prozess entsprechend einer Zielvereinbarung anbietet. Gleichzeitig ist die Methode auch Gesundheitsbildung, weil sie einen kreativen Umgang mit Körper und Beschwerden erlebbar und erlernbar macht (ausführliche Beschreibung dieser Arbeit bei Koppe 2005 und 2010).

Wann fördern Patientenschulungsprogramme Patientenkompetenz?

Kinga Howorka

DiabetsFIT®, das in Wien entwickelte modulare Schulungssystem für Diabetes und andere Komponenten des metabolischen Syndroms, führt in internationalem Benchmarking zu den besten Ergebnissen (Howorka 2007; Punmprla et al. 2009). Ein kleines Team, das mit Patientenschulungsprogrammen in die Lehrveranstaltungen der Medizinischen Universität Wien involviert ist, betreut fast 2 000 Patienten. Die einzelnen Schulungsmodulare wurden in ihrer Wirksamkeit in Pilotstudien (Hypertonie, Hyperlipidämie, slim-n-FIT) und/ oder in randomisierten Kontrollstudien (Module: FIT, Schwangerschaft, Howorka et al. 2000, 2001) belegt. Auch die Replizierbarkeit der DiabetsFIT® Methodologie (Curricula, Kirchheim-Verlag, Howorka et al. 2009) wurde durch Nachfolgeuntersuchungen bei ärztlichen Teilnehmern der internationalen FIT Seminare dokumentiert: Es wurden ähnliche HbA1c-Reduktionen bei ihren PatientInnen erreicht.

Am Beispiel der Schulung für funktionelle Insulintherapie (FIT) und anhand anderer Schulungsmodulare soll konkret gezeigt werden, welche strategischen und didaktischen Schulungs-Elemente den Patienten erheblich mehr Therapie-Kompetenz, definiert als Fähigkeit zur Kontrolle, geben können.

Eine Grundsatz-Entscheidung: Wer ist der Entscheidungsträger im therapeutischen Team? – *Competent Patient Leadership* (www.diabetesFIT.org)

Während seit Jahrzehnten von einer therapeutischen „Partnerschaft“ zwischen Patient und therapeutischem Team gesprochen wird, bleibt diese in der Praxis häufig auf Worte reduziert. Doch um eine akzeptable Kontrolle des Blutzuckers zu erlangen, kann und muss einzig der Betroffene selbst

sämtliche blutzuckerhebenden (Essen, Stress) und -senkenden Einflüsse (Insulin, Bewegung, Alkohol) fortlaufend, 24 Stunden am Tag, berücksichtigen, so lange keine *closed loop*-Systeme verwendet werden. Aus dieser trivialen Tatsache ergibt sich, dass es sich bei einer therapeutischen Beziehung nicht um eine gleichberechtigte Partnerschaft handeln kann, und daher der Betroffene mit Führungsqualifikation einschließlich aller benötigten therapeutischen Kompetenzen ausgestattet werden muss. Daraus folgen auch die strategischen Konsequenzen: Die „Partnerschaft“ zwischen Patient und Therapeut bleibt zwar bestehen, allerdings ist diese Partnerschaft nicht „symmetrisch“, da der Patient ja die Führung übernimmt bzw. übernehmen muss. Auch die Funktion des Arztes ändert sich: Dieser kann nun nur „Coach“ werden und lediglich Supervisionsaufgaben übernehmen. Interessanterweise ändert sich bei Patienten durch Übernahme der Führungsfunktion häufig auch ihre Bereitschaft zur Verantwortung für Therapie-Ergebnisse und Lebensstil. Wenn die Patienten wahrnehmen, dass sie therapeutische Entscheidungen alltäglich effektiv fällen können, übernehmen sie viel eher die Verantwortung für die Therapie-Durchführung.

Übereinstimmung zwischen Verantwortung und therapeutischer Kompetenz

Die Wirtschaft fordert heute eine klare Übereinstimmung zwischen dem individuellen Aktionsradius und der Verantwortung eines Menschen. In der konventionellen Insulintherapie wird von Patienten gefordert, dass sie sich „halten“, ohne ihnen jedoch die Möglichkeit einer wirksamen Beeinflussung des Blutzuckers in die Hand zu geben. Es liegt ein Missverhältnis zwischen der zugeschobenen Verantwortung und den vermittelten Fähigkeiten des Patienten vor. Diese Situationen führen in der Wirtschaft bekannterweise zum Misserfolg. So ist es auch in der Therapie von chronischen Erkrankungen.

Die Schulung des Patienten in Funktioneller Insulintherapie (FIT), bei welcher das Insulin separat zum Fasten, Essen und für Korrektur der Hyperglykämie zugeführt wird, erlaubt die wirkungsvollste Kontrolle des insulinpflichtigen Diabetes. Dies geschieht vor allem durch die jederzeit

mögliche, gezielte Hyperglykämie-Korrektur mit rasch wirkendem Insulin. Das mindeste, was man bei insulinabhängigem Diabetes als Therapie-Prinzip gelten lassen muss, ist die Selbstanpassung der Insulindosierung, etwa entsprechend den klassischen Algorithmen für intensivierete Insulintherapie nach Skyler (Skyler et al. 1981). Diese Prinzipien der Dosisanpassung wurden in den 1980er und 1990er Jahren innerhalb der Schulung für intensivierete Insulintherapie an der Universitätsklinik Düsseldorf in etwa übernommen. Paradoxerweise wird mit der derzeit zunehmenden Verwendung von Mischinsulinen die Möglichkeit der Insulindosis-Selbstanpassung „außer Betrieb“ gesetzt. In einer globalen Therapie mit Mischinsulinen, bei welcher der Patient mit einer Insulininjektion simultan 4–5 Mahlzeiten abdeckt, ist die Möglichkeit einer aktiven, gezielten Blutzuckerbeeinflussung kaum gegeben. Diese Art der Therapie sollte daher eigentlich als ein Garant dafür verstanden werden, dass der Patient, der keinen relevanten Einfluss auf die Glykämie haben kann, zur schlechten Stoffwechselkontrolle verurteilt ist. Der Marktanteil von Mischinsulinen liegt in Deutschland bei 28 % und Österreich bei 50 % (persönliche Auskunft).

Patientenkompetenz kann gesteigert werden, wenn die Inhalte der funktionellen Insulintherapie in einem klar beschreibbaren Curriculum operationalisiert werden und so für die Patienten nachvollziehbar und handhabbar werden. Die operationale Umwandlung der Therapie ergibt sich allerdings aus der Entwicklung der Algorithmen für funktionelle Insulintherapie (Howorka 1991). Diese beantworten die Fragen: 1. Wie viel Insulin brauche ich und welches, auch wenn ich nichts esse? 2. Wie viel Insulin brauche ich, wenn ich esse? Wie viel Insulineinheiten von welchem Insulin brauche ich pro BE? 3. Wie kann ich meinen überhöhten Blutzucker korrigieren? Diese Frage zerfällt in zwei spezifische Fragen: Wo ist mein Blutzuckerzielpunkt (üblicherweise bei ca. 100 mg/dl)? Was bewirkt bei mir eine Einheit kurzwirkendes Insulin (z. B. Senkung um 50 mg/dl)? Und die letzte, wichtigste Frage: Wie kann ich und wann muss ich meine FIT Algorithmen ändern bzw. anpassen?

Imaginative Psychotherapie und Patientenkompetenz

Wolfgang Loesch

Imaginationen sind in der Psychotherapie in vielfältigen Therapieansätzen schon lange bekannt (s. C. G. Jung), werden genutzt und sind aktuell „in Mode“. Sie können in der Psychotherapie sehr wirksame, symbolhafte Therapie-Optionen sein. Sie haben besondere Bedeutung, u. a. weil sie auf rechts-hemisphärische Hirnstrukturen zurückgreifen. Die rechte Hemisphäre ist die kreativere und entwicklungsfähigere, aber auch die Hemisphäre, in der im Wesentlichen das „implizite Gedächtnis“ lokalisiert ist.

In den vielfältigsten Psychotherapieansätzen¹ wird in der Arbeit mit Imaginationen die Patientenkompetenz in unterschiedlicher Form und mit unterschiedlicher Bedeutsamkeit einbezogen. Imaginationen sind mit Rückgriff auf innere Bilder machtvolle Möglichkeiten für therapeutische Zugänge.

¹ u. a. Hypnotherapieformen, Oberstufe des Autogenen Trainings nach J. H. Schultz, Arbeit mit Imaginationen in der Analytischen Psychologie nach C. G. Jung, Katathym-Imaginative Psychotherapie nach H. Leuner, Transpersonale Imaginative Psychotherapie, Trauma-Therapie-Formen wie Imagery Rescripting and Reprocessing Therapie (IRRT nach M. Smucker), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR nach E. Shapiro), Imaginative traumazentrierte Psychotherapie nach Reddemann und Sachsse, Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT nach Reddemann), TRIMB nach I. Olbricht (TRIMB = Trauma Recapitulation with Imagination Motion and Breath), Ego-State-Therapie nach John und Helen Watkins, Innere-Kind-Arbeit in verschiedenen Therapieansätzen, GIM-Therapie (Imaginative Psychotherapie mit Musik nach Helen Bonny), Visualisierung nach Simonton, Imaginative Körperpsychotherapie als Spezialisierung der KIP für die Arbeit mit körperlich Kranken, Phantasie Reisen, Imaginative Reinkarnationstherapie, Meditationsformen

Mit der archaischen Dimension der rituell eingesetzten Imaginationen gibt es neben der tiefen Verwurzelung auch ein Missbrauchspotential. So warnt G. Klosinski vor der missbräuchlichen Verwendung imaginativer Psychotherapie-Techniken in Psycho-Kulten und bringt tragische Beispiele von Menschen, die Opfer solcher Psycho-Sekten geworden sind (Klosinski 2004).

Zur Linden und Kreye (2010) geben suchenden Patienten folgende Empfehlung: „Wenn Sie das Bedürfnis nach geistiger Nahrung durch Teilnahme an einem Übungsweg aus dem großen Angebot an Seminaren und Kursen zu befriedigen suchen, sollten Sie sich vorher folgende Fragen vorlegen:

- Bin ich ausreichend über die Qualität und die Besonderheit der in Aussicht genommenen Übungsmethode orientiert?
- Habe ich von vertrauenswürdiger Seite genügend Auskunft über die Person des Übungsleiters, seine Erfahrung, Verantwortungsfähigkeit und moralische Integrität bekommen?
- Lässt mich das Angebot frei in meiner Individualität und Weltsicht?
- Bin ich bereit, mich selbst unvoreingenommen in den Übungsablauf einzubringen?
- Reicht meine Bereitschaft aus, um auch einmal etwas ganz Neues und Ungewohntes auf mich einwirken zu lassen?
- Kann ich mich soweit loslassen, dass ich mich nicht dauernd selbstkritisch beobachte und damit den Übungsablauf blockiere?“

Diese Aufstellung zeigt deutlich, wie notwendig es ist, sehr verantwortlich mit Autarkie und Kompetenz der Patienten umzugehen. Gerade in Bezug auf die Macht der inneren Bilder der Imaginationen ist es besonders wichtig, dass die eigene Kompetenz der Patienten und ihre Autonomie stark im Zentrum der Arbeit stehen. Vorgegebene Imaginationen wie bei manchen Phantasie Reisen, z. B. bei Gegenbildern zu Horrorvisionen, die ein Gegengewicht setzen, zielen oft weniger auf die Kompetenz der Patienten, dafür mehr auf die Halt gebende, erklärende und fokussierende Kompetenz des Therapeuten. Das ist sicher in vielen Fällen erforderlich und hilfreich, wird

aber besonders problematisch bei Typ II-traumatisierten Menschen². Wir wissen bei diesen Patienten oft nicht, dass sie traumatisiert sind, da sie keinen Zugriff haben auf ihre direkte Erinnerung. Ihre Trauma-Erinnerungen sind also nicht im expliziten Gedächtnis abgespeichert, auf das sie zurückgreifen können, sondern im impliziten, prozeduralen Gedächtnis.

Die Trauma-Erinnerungen werden überwiegend durch Trigger-Reize aktiviert und können z. T. bedrohlich erscheinende dissoziative Zustände auslösen. Speziell für die Arbeit mit körperlich Kranken hat dieser Aspekt eine große Bedeutung – nicht nur in der Psychotherapie.

Aus der retrospektiven Aufarbeitung der Erkrankungsbedingungen und deren Verflechtungen mit gesunden und stabilisierten Patienten aus der Arbeit mit Imaginativer Körper-Psychotherapie (IKP) wissen wir, dass die Erkrankungsbedingungen überzufällig oft eine Trauma- und Retraumatisierungsgeschichte sind. Das heißt, dass im Prinzip jede/r Therapeut/in, besonders aber jede/r Psychotherapeut/in, die/der mit schwer somatisch Kranken arbeitet, auf psychotraumatologische Fragestellungen vorbereitet sein muss.

In der Imaginativen Körper-Psychotherapie (IKP), einer körperbezogenen integrierten Psychotherapie-Methode, die sich seit 1988 entwickelt hat und die der Autor dieses Beitrages vertritt, stehen Autonomie und selbstbezogene Kompetenz für jeden Therapieschritt als wesentliche Basis der Arbeit im Fokus. Die IKP ist als komplementäre Psychotherapie-Methode in der Therapie körperlich Schwerkranker mit Bezug auf die Selbstheilungsmöglichkeiten der Patienten entstanden. In der Arbeit haben sich einige erstaunliche Besserungs- und Heilungswege gezeigt, die derzeit genauer untersucht werden. Zunächst soll ein Überblick über die Methode gegeben werden.

² Als Trauma Typ II werden Ereignisse bezeichnet, die wiederholt über einen längeren Zeitraum andauern, z. B. wiederholte Gewalterfahrungen in der Kindheit, Folter, Kriegserfahrungen usw.

auf dysfunktionale Überzeugungen und Erwartungen angeregt. Achtsamkeit, Empathie und Spiritualität gehören zu den möglichen Interventionen, wobei eine achtsame Haltung und Kommunikationskultur auch zu den Grundlagen des therapeutischen Selbstverständnisses im Kollegium gehören.

Aus therapeutischer Sicht bestehen die Ziele des stationären Aufenthaltes in der bestmöglichen Akutversorgung, der Reaktivierung der Selbstregulation und der Selbstheilungskräfte sowie in der Integration von gemeinsam mit den Patienten erarbeiteten Elementen eines gesundheitsfördernden Lebensstils in ihren Alltag. In der Akutversorgung kommen vor allem schulmedizinische und naturheilkundliche Diagnostik und Behandlungen zum Tragen, z. B. Überprüfung und gegebenenfalls Modifizierung der Medikation, Phytotherapeutika oder manuelle Therapie. Zur Anregung der Selbstregulation und zur Förderung der Selbstheilung wird das kurative Potential naturheilkundlicher Anwendungen nach dem Reiz-Reaktions-Prinzip genutzt, z. B. Wärme- oder Kältereize, therapeutisches Fasten, Neuraltherapie oder Akupunktur. In dieser ersten Phase der Behandlung werden bereits spannungsregulierende Verfahren aus der Mind/Body Medizin eingesetzt. Nachdem die Regulationsfähigkeit des Organismus wieder hergestellt ist, liegt der Schwerpunkt der Mind/Body Interventionen im Erkennen und Erhalten von Strategien für einen nachhaltigen Therapieerfolg im Alltag.

Durch ihren Aufenthalt an unserer Klinik sollen die Selbstwahrnehmung und die Selbstfürsorge der Patienten so gestärkt werden, dass sie mehr Handlungskompetenz entwickeln und das gelernte, gesundheitsfördernde Verhalten im Alltag fortsetzen.

Ordnungstherapie – Mind/Body Medizin (MBM)

Der Begriff „Ordnungstherapie“ wurde 1937 von dem Schweizer Max Bircher-Benner eingeführt und beschreibt ein komplexes Konzept von naturheilkundlichen Therapien (Melzer et al. 2004). Bircher-Benner ging davon aus, dass eine gewisse „Ordnung“ im Alltag bzw. in der Lebensführung die Gesundwerdung fördere.

Die moderne Ordnungstherapie „ist eine multimodal zusammengesetzte Therapieform aus dem Gesamtkontext der klassischen Naturheilkunde und der Mind/Body Medizin.“ (Dobos et al. 2006: 334) Ihr Schwerpunkt ist die Lebensstilveränderung und die dauerhafte Integration gesundheitsfördernder Elemente aus den Bereichen Ernährung, Bewegung, Entspannung und Stressbewältigung in den Alltag des Patienten. Ziel ist eine Steigerung der Selbstheilungskräfte des Körpers und mehr Eigenkompetenz und Eigenaktivität der Patienten.

Das heißt konkret für die Therapie, dass ordnungstherapeutische Maßnahmen jede Therapie komplementär begleiten. So ist es z. B. wenig sinnvoll, Schlafstörungen zu behandeln, ohne den Tagesablauf und psychosoziale Stressoren zu hinterfragen. Es wird also mit dem Patienten ein möglicher Zusammenhang zwischen Lebensstil und Krankheit erörtert.

In Essen wird die moderne Ordnungstherapie mit Elementen der Mind/Body Medizin kombiniert. Die Mind/Body Medizin (MBM) wurde in den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts in den USA entwickelt. Neue Erkenntnisse aus der Stressforschung führten zu einem vermehrten Interesse an der Selbstregulation des Körpers, man verstand die Bedeutung von Entspannungstechniken zur Behandlung und Vorbeugung von stressbedingten Erkrankungen. Wegweisend waren dabei die Arbeiten des Kardiologen Herbert Benson, der bei seinen Patienten beobachtete, dass sich z. B. der Blutdruck unter Methoden wie Biofeedback und Meditation verbesserte. Sein Konzept nannte er *Relaxation Response* (als Antwort auf die *Flight or Fight Response*). Bensons Erkenntnisse wurden durch die Ideen und Erfahrungen von Jon Kabat-Zinn mit *Mindfulness*, im Deutschen mit Achtsamkeit übersetzt, erweitert. In der MBM wird berücksichtigt, dass Geist, Körper und Verhalten Heilungsprozesse unterstützen. Die Techniken aus der MBM zielen auf eine Verhaltensänderung und die Etablierung eines gesundheitsfördernden Verhaltens. Eine detaillierte Analyse der MBM und ihrer Geschichte ist bei Paul und Altner (2011) nachzulesen.

Patientenkompetenz kann unmittelbar gesundheitliche Erfolge zeigen. Mehr Raum für Eigensinn fordert deshalb Bettina Berger, Herausgeberin des vorliegenden Buches. Eigensinn bedeutet hier Raum für eigene Deutungen der Krankheit, mehr Zeit für Therapieentscheidungen, die Möglichkeit, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen, zu formulieren und geltend zu machen.

Voraussetzung ist, dass sich auch die Ärzte und Therapeuten für die Kompetenzen von Patienten öffnen, diese fördern und entwickeln.

Die Forschung wird sich in Zukunft der Aufgabe stellen, die „inneren“ Ressourcen von Patienten zu verstehen und nutzbar zu machen. Vertreterinnen und Vertreter aus der Medizin, der qualitativen Sozialforschung, der Biografieforschung, der Frauengesundheit und der Patientenberatung beleuchten dieses Thema aus ihren fachlichen Perspektiven.