

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft systemische Therapie zur Frage psychologischer Anteile in Disease-Management-Programmen (DMP)

Prof. Dr. med. Friedebert Kröger, PD Dr. phil. Arist v. Schlippe, Dipl.-Psych.

1. DMP braucht eine Einbeziehung systemischer Perspektiven

Disease-Management-Programme bieten die Chance, Versorgung systematisch, integriert, multiprofessionell und patientenzentriert zu organisieren. Um strukturelle und ökonomische Effizienz zu erreichen darf das medizinische Fundament der Programme nicht auf Partikularinteressen ruhen, sondern muss dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnis genügen. DMP kann ohne die Mitwirkung der Patienten, ihre Bereitschaft zur Kooperation und Beteiligung nicht erfolgreich sein.

Ziel des DMP-Prozesses ist es, eine traditionell weitgehend individualmedizinisch ausgerichtete ärztliche Orientierung auf Diagnostik und Therapie einer Krankheit durch systematische Ansätze zur Organisation komplexer Versorgungsprozesse zu ergänzen. In wohl keinem anderen Gebiet der Gesundheitsversorgung ist dabei die Einbeziehung systemischer Faktoren in die Behandlung so offensichtlich wie bei der Arbeit mit chronisch kranken Personen, denn die Prozesse von Krankheit und Gesundheit sind durch komplexe nichtlineare Beziehungen zwischen biologischen, psychologischen, behavioralen und sozialen/systemischen Faktoren bestimmt. Aus der Sicht der Arbeitsgemeinschaft Systemische Therapie (AGST) ist in diesem Feld daher die Einbeziehung der Erkenntnisse aus der systemischen Therapie, insbesondere der systemischen Familientherapie nicht nur vielversprechend, sondern auch unerlässlich.

Im Verlauf eines jeden chronischen Krankheitsprozesses rücken Angehörige und Familie als primäres soziales Unterstützungssystem in den Vordergrund. Die Bedeutung der Angehörigen für den Motivations- und Bewältigungsprozess der Patienten ist wohl erkannt (Müller D. Cornejo et al 2002) in seiner zielführenden Bedeutung für den Erfolg des DMP, wie US-amerikanische Studien dies belegen, allerdings in der BRD nicht ausreichend in der Programmentwicklung repräsentiert.

2. Kompetenzvermittlung allein genügt nicht

Die Gefahr bei dem derzeitigen Stand der Programmentwicklung liegt u.E. darin, dass die Chancen zu einem eigenständigen kooperativen Beitrag zu medizinischen Phänomenen zu wenig genutzt werden. Denn dieser liegt nicht nur in Training und Kompetenzvermittlung: „Changing unhealthy behavior is not simply a matter of willpower“ (Baird 2002, p.6).

Individuelles Gesundheitsverhalten ist determiniert durch den jeweiligen psychologischen und sozialen Kontext, in dem es auftritt. Daher dürften für den Erfolg der DMP neben insbesondere die folgenden beiden Faktoren zielführend sein:

a) Die kooperative Kompetenz der Durchführenden

Niemand ist „allein krank“, es ist immer auch das soziale Bezugssystem betroffen. Die Frage danach, wie mit chronischer Krankheit in der Familie umgegangen wird, ist für den Krankheitsverlauf zentral (einen guten Überblick bietet hier Cohen 1999, das Journal „Families, Systems, and Health“ widmet die gesamte Ausgabe im Frühjahr 2002 dem Thema „Families, Health and Behavior“ mit einer ausführlichen Bibliographie für diese Fragen (Baird 2002, s.a. Baird & Doherty 1986, Cierpka et al. 2001, Kröger et al. 2000, McDaniel et al. 1997, Weihs et al. 2002). Insbesondere bei chronischen Verläufen sind die psychosozialen Wechselwirkungen groß und durch die Bereitstellung entsprechender psychosozialer Hilfsangebote lassen sich nachweislich in hohem Umfang Kosten einsparen (Mumford 1984, Cummings 1990, 1991, 1993, German 1994, Katon et al. 1995,

Scholtz et al. 1996).

b) Die Kontextbezogenheit der Programme

Die Möglichkeiten und das Know-How psychotherapeutischer, insbesondere systemischer Modelle in der Kooperationsgestaltung, in der Optimierung der Möglichkeiten der Gestaltung einer guten Zusammenarbeit verschiedener Fachgruppen und Disziplinen können viel mehr genutzt werden als bisher. Eine angemessene Versorgung kann es nur dann geben, wenn die Beteiligten im Versorgungsnetz ihre Kompetenzen optimal bündeln können, wenn es gelingt, die beteiligten Professionen zusammen mit den Patienten im Sinne einer optimalen Kooperationsorientierung zusammenzubringen. Dazu gehört eine bewusste Orientierung an Interdisziplinarität, die etwas völlig anderes ist als Delegation. Vielmehr geht es um „Multi-Systems-Work“ (Kröger et al. 1998, Kröger & Hendrichke 2002, Hargens et al. 2002). Das aktuelle Heft der „Psychotherapie im Dialog“ (Thieme-Verlag, Heft 1/2002) stellt in unterschiedlichen Beiträgen diesen Ansatz vor, es ist im März 02 erschienen)¹.

3. Handlungsprinzipien der Collaborative Family Healthcare Association

Im US-amerikanischen Gesundheitssystem werden diese Prämissen im Rahmen der Collaborative Family Healthcare Association und der systemischen Familienmedizin von großen HMO's aufgenommen und realisiert (Peek et al 2000).

Drei Handlungsprinzipien werden dabei umgesetzt:

- Gleichwertige Berücksichtigung und Einbeziehung psychischer und somatischer Faktoren bei der Diagnostik und Behandlung der Patienten
- Enge Kooperation mit Patientenfamilien und ihre routinemäßige Einbeziehung bei der Krankenversorgung
- Patientenbezogene Kooperationen von Experten aus medizinischen, psychosozialen und nichtmedizinischen Bereichen durch Bildung von interdisziplinären Behandlungsteams.

4. Empirische Studien

Für die Wirksamkeit der Einbeziehung der familiären Ebene auf den Krankheitsverlauf sprechen eine Fülle empirischer Arbeiten. Bezüglich der Einbeziehung von Familienangehörigen sind psychoedukative Programme die erfolgreichste und gebräuchlichste Interventionsart. Familiäre Psychoedukation zielt auf Information, Unterstützung und Stärkung der Fähigkeit zur Problemlösung. Familiäre Psychoedukation verbessert erwiesenermaßen die Krankheitsverläufe bei Patienten mit Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und arterieller Hypertension (Campbell und Patterson 1995).

Bluthochdruck

Hier verweisen wir auf Arbeiten von Ewart et al. (1983) und Morisky et al. (1983). In Bezugnahme auf diese und ähnliche Untersuchungen hatte das National Heart, Lung and Blood Institute (1982) gefordert, dass alle Ärzte eine der folgenden drei grundlegenden Strategien zur Steigerung der Compliance bei der antihypertensiven Therapie nutzen sollten:

- Erhöhung der familiären Unterstützung

¹ In ihrem Fazit fordern die Herausgeber (ein Psychoanalytiker, ein Verhaltens- und ein systemischer Therapeut), das verfügbare Wissen zu folgenden Bereichen zu integrieren: Wissen um die somatischen Aspekte der jeweiligen Krankheit, um individuelle Bewältigungsprozesse und soziale Unterstützungsprozesse, Wissen um die Kommunikationsgestaltung der Arzt-Patient-Beziehung, um Kooperationsgestaltung und Kontrakte, und schließlich die Kenntnis sozialrechtlicher Rahmenbedingungen (Broda et al. 2002).

- Identifikation und Einbeziehung einer einflussreichen Person, vorzugsweise einer mit dem Patienten zusammen lebenden Person,
- Unterstützung und Hilfestellung für den Patienten bei Verhaltensänderung, die aufgrund der spezifischen Erfordernisse der Behandlung notwendig werden.

Asthma bronchiale

Die am weitesten ausgearbeiteten Konzepte, die verschiedene psychotherapeutische Perspektiven (vor allem behaviorale und systemische) integrieren und damit über die Perspektive ausschließlich psychoedukativer Programme weit hinausgehen, liegen u.E. hier zum Bereich Asthma vor (z.B. Gustafsson et al 1986, Lask und Matthew 1979). Seit mehr als 14 Jahren werden in Deutschland Schulungsprogramme weiterentwickelt, insbesondere für die Betreuung im Kindesalter. 1994 gründete sich die „Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindesalter“ (mit 200 Institutionen als Mitgliedern und 600 Einzelmitgliedern). Die Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung hat in ausführlichen Konsensusstatements detaillierte Standards vorgelegt, für die Durchführung der Schulung, für inhaltliche und didaktische Anforderungen sowie für die Evaluation und Qualitätssicherung. Diese Standards umfassen verhaltensorientierte Maßnahmen, geben aber auch Raum für eine explizite Familienorientierung. Diese Standards (inhaltlich, medizinisch, didaktisch usw.) sind in der Zeitschrift „Prävention und Rehabilitation“ 7 Heft 1 und 2 (1996) ausführlich dargelegt. 2001 hat die Arbeitsgemeinschaft ein „Handbuch Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung“ herausgegeben. In einer bundesweiten Studie wurde die Qualität der nach diesen Standards durchgeführten Schulungen empirisch bestätigt (Lob-Corzilius & Petermann 1996, s.a. Petermann et al. 1997, Freidel et al. 1999), in Kosten-Nutzen-Analysen zeigten sich die enormen Möglichkeiten zur Einsparungen in diesem Bereich durch präventiv orientierte Interventionen (Scholtz et al. 1996).

Der „Luftikus“, ein Asthmaschulungskonzept mit einer ausdrücklichen Familienorientierung wurde zum einen im Rahmen dieser Studie mit evaluiert, hat zum anderen darüber hinaus in verschiedenen Projekten seine Wirksamkeit unter Beweis gestellt (Könning et al. 1992, Brockmann et al. 1996), einen Überblick über diesbezügliche Forschungsaktivitäten geben Runde 1997 und v.Schlippe et al. 2001.

Diabetes mellitus

Für Diabetes belegten z.B. Campbell und Patterson (1995) die Wirksamkeit familienbezogener Programme. In Deutschland liegen ausgehend von den Erfahrungen mit Schulung im Bereich Asthma erste Berichte vor (Theiling et al. 1995).

Entwicklung und Nutzung von Kooperationsstrukturen

Dieses Thema wurde in einem Praxisprojekt von Hargens et al. (2002) behandelt. Sie legten sehr ermutigende Ergebnisse vor, die zeigen konnten, dass sich hier ein Feld für eine hoch-effektive Nutzung der Ressourcen (auch der finanziellen) unseres Gesundheitssystems bietet: Kooperation muss nicht gleichbedeutend sein mit Mehrarbeit oder mit höheren Kosten.

5. Schluß

Die AGST schließt sich explizit der Forderung an, die sich aus dem Commissioned Report Health and Behavior ergibt: „**Program planners and policy makers need to consider modifying social and societal conditions to enable healthy behavior and social relationships**“ (Baird 2002, p.6).

Integraler Bestandteil der DMP sollten daher aus Sicht der AGST folgende Aspekte psychosozialer Diagnostik und Intervention sein:

1. Diagnostik

Differentialdiagnostische Beurteilung und Einordnung folgender Bereiche

- Krankheitsschwere und –dauer, Schwere der Chronifizierung
- Ausmaß der bio-psycho-sozialen Beeinträchtigungen und Wechselwirkungen
- Grad der sozialen Unterstützung und Integration
- Kooperation zwischen Behandlern und Patienten bzw. Patientenfamilie
- Grad der Akzeptanz des bisherigen Behandlungsangebotes, Analyse der Schwachstellen negativ verlaufender Kooperation
- Allgemeines Gesundheits- und Krankheitsverhalten

2. Interventionen

Die Interventionen zielen auf Verbesserungen in den Bereichen:

- Krankheitsverhalten und Krankheitsbewältigungen
- Behandlungsakzeptanz und Optimierung der Arzt-Patientenkooperation
- Alltagsbewältigung und Streßmanagement
- Reduktion gesundheitsschädlichen Verhaltens
- Möglichst weitgehende Reduzierung beeinträchtigender Faktoren im sozialen Umfeld

Ein auf diese Vorgaben abgestelltes Interventionsprogramm sollte folgende Angebote beinhalten:

1. *Information und Aufklärung*

- Krankheitsbezogene Sachinformationen und Aufklärung
- Information über bio-psycho-soziale Wechselwirkungen
- Information über die Risiken gesundheitsschädigenden Verhaltens

2. *Psychoedukation*

- Training hinsichtlich gesundheitsrelevanter Bereiche (Pharmakaeinnahme, Ernährung, körperliche Aktivität)
- Stärkung von Selbstwirksamkeitserleben und Eigenkompetenz
- Training von angemessenem Copingverhalten
- Streß- und Konfliktmanagement

3. *Angemessener Einbezug sozialer Perspektiven*

- Nutzung verschiedener Gruppensettings (themenzentrierte Gruppengespräche, entlastungsorientierte Gesprächsrunden)
- Gesprächsangebote für Paare, Familien, Angehörige, teils im Rahmen von besonderen Gesprächen, teils als Gruppenangebot
- Expliziter Fokus auf die Familie: Möglichkeit, der Familie Gespräche über die familiären Belastungen anzubieten

4. *Interdisziplinarität*

- Interdisziplinäre Kooperation über die gemeinsame Durchführung von Interventionsmaßnahmen durch mindestens zwei verschiedene Berufsgruppen
- Sicherstellung des interdisziplinären Austausches durch gemeinsame Teamsitzungen

Literatur

- Baird, M. (2002). Comments on the commissioned report health and behavior: the interplay of biological, behavioral, and social influences. *Families, Systems, and Health* 20(1), pp. 1-6
- Baird, M, Doherty, W (1986). Family resources in coping with serious illness. In: Karpel, M (Ed.) *Family resources: the hidden partner in family therapy*. Guilford, New York: 359-383
- Brockmann, G., Szczepanski, R., Theiling, S., Wegner, R.E. (1996). *Der Lufti-Mobil-Abschlußbericht*. Abschlußbericht des Lufti-Mobil-Projektes zur möglichst flächendeckenden Implementation wohnortnaher Schulungskurse für asthmakranke Kinder und ihre Eltern in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt in den Jahren 1993-1995, gefördert vom Niedersächsischen Sozialministerium. Selbstverlag am Kinderhospital Osnabrück

- Broda, M., Schlippe, A.v., Senf, W. (2002). Psychotherapie und chronische Krankheit – die Psychotherapie muss „Beine bekommen“. *Psychotherapie im Dialog* 3(1)
- Campbell und Patterson (1995). The effectiveness of family interventions in the treatment of physical illness. *Journal of Marital and Family Therapy* 21, pp.545-583
- Cierpka, M., Krebeck, S., Retzlaff, R. (2001). *Arzt, Patient und Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Cohen, M (1999) Families coping with childhood chronic illness: a research review. *Families, Systems & Health* 17(2): 149-164
- Cummings (1990, 1991, 1993)
- Ewart et al (1983)
- Freidel, K., Lob-Corzilius, T., Petermann, F., Szczepanski, R., Grüber, C., Becker, P.N. (1999). Effekte ambulanter und stationärer Asthmaschulung bei Kindern und Jugendlichen. In: Petermann, F., Warschburger, P. (Hg.): *Kinderrehabilitation*. Hogrefe, Göttingen, 189-203
- Gebert, N., Hümmelink, R., Könning, J., Staab, D., Schmidt, S., Szczepanski, R., Runde, B., Wahn, U. (1998). Efficacy of a self-management program for childhood asthma - A prospective controlled study. In: *Patient Education and Counseling*, 35, 213-220
- German (1994),
- Gustafsson, P., Kjellman, N. & Cederblad, M. (1986). Family therapy in the treatment of severe childhood asthma. *Journal of Psychosomatic Research* 30 (3), 369-374.
- Hargens, J., Hansen-Magnusson, B., Hansen-Magnusson, E. (2002). The Heart and Soul of change. *Psychotherapie im Dialog* 3(1)
- Katon et al (1995)).
- Könning, J., Szczepanski, R., Schlippe, A.v. (1997/2). Die Betreuung asthmakranker Kinder im sozialen Kontext. Enke, Stuttgart
- Könning, J., Schmidt, S., Szczepanski, R., Gebert, N., Hümmelink, R., Wahn, U. (1992). Asthmaschulung bei Kindern und ihren Eltern. Abschlußbericht einer kontrollierten Studie der Robert-Bosch-Stiftung, durchgeführt an der Abteilung für Pädiatrische Pneumologie und Immunologie der Universitätsklinik der Freien Universität Berlin und der Allergologischen Abteilung des Kinderhospitals Osnabrück. Eigendruck
- Kröger, F., Hendrichke, A. (2002). Kooperationsstrukturen und Kooperationsgestaltung. *Psychotherapie im Dialog* 3(1)
- Kröger, F., Hendrichke, A., McDaniel, S. (Hrsg.)(2000). *Familie, System und Gesundheit*. Heidelberg: Carl Auer
- Kröger, F., Hendrichke, A., Schweitzer, J., Herzog, W. (1998). Psychotherapie in der Systemischen Familienmedizin. *Psychotherapeut* 43: 352-359
- Lask, B. & Matthew, D. (1979). Childhood Asthma. A Controlled Trial of Family Psychotherapy. *Archives of Disease in Childhood*. 54, 116-119.
- Lob-Corzilius, T., Petermann, F. (1997). *Asthmaschulung – Wirksamkeit im Kindes- und Jugendalter*. Beltz, Weinheim
- McDaniel S, Hepworth J, Doherty W (1997) *Familientherapie in der Medizin*. Heidelberg: Carl Auer
- Morisky, D., Levine, D., Green, L., Shapiro, S., Russell, R., Smith, C. (1983). Five-year blood-pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *American Journal of Public Health* 73(2), pp.153-162
- Mumford 1984
- Müller D. Cornejo et al 2002
- National Heart, Lung and Blood Institute (1982),
- Noeker, M. (2002). Psychologische Beratung bei chronisch-lebensbedrohlichen Erkrankungen. Konzeptionelle Leitprinzipien für die Pädiatrie. *Psychotherapie im Dialog* 3(1)
- Petermann, F., Szczepanski, R., Becker, P.N., Freidel, K., Neumann, H., Lob-Corzilius, T. (1997). Evaluationsergebnisse zur Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter. In: *Prävention und Rehabilitation*, 9(3), 93-104
- Runde, B. (1997). Begleitforschung der „Luftiku(r)s“-Projektarbeit – ein Beispiel für die Evaluation von Asthmaschulungskursen. In: Könning, J., Szczepanski, R., Schlippe, A.v. (Hg.): *Die Betreuung asthmakranker Kinder im sozialen Kontext*. Enke, Stuttgart, 187-212
- Schlippe, A.v., Theiling, S., Lob-Corzilius, T., Szczepanski, R. (2001). The “Luftikurs”: Innovative Family Focused Training of Children With Asthma in Germany. In: *Families, Systems & Health*, 19, 3, 263-284
- Scholtz, W., Haubrock, M., Lob-Corzilius, T., Szczepanski, R. (1996). Kosten-Nutzen-Untersuchungen bei Schulungsmaßnahmen für asthmakranke Kinder und ihre Familien. In: *Pneumologie*, 50, 538-543
- Theiling, S., Kaiser-Höhne, G., Schleibaum, R., Werschmann, C., Werning, A., Beckmann, D., Muck, K., Szczepanski, R. (1995). Interdisziplinäre familienmedizinische Diabetesbetreuung. In: *Der Kinderarzt*, 2, 191-198
- Weihls, K., Fisher, L., Baird, M. (2002). Families, health, and behavior. A section of the commissioned report by the committee on health and behavior: research, practice, and policy. *Families, Systems, and Health* 20(1), pp. 7-46