

Nachhaltige Lebensstilmodifikationen aus Patientensicht - Der Preis eines gesunden Lebens

Hintergrund

- Bedeutung der **Risikofaktorenbelastung** für die Prognose der KHK
- Viele der Risikofaktoren sind durch eine **Änderung des Lebensstils** kontrollierbar

Risikofaktoren und Lebensstil

- Fettstoffwechselstörungen
- Hypertonie
- Diabetes mellitus
- Psychosoziale Faktoren
- Übergewicht
- Rauchen
- Ernährung
- Bewegungsarmut

Nationale Versorgungsleitlinie KHK (Version 1.11, März 2011). <http://www.versorgungsleitlinien.de>

Das Problem:

Originalarbeit | Original article

2119

Adhärenz-Defizite auf allen Ebenen

Aktueller Interventionsbedarf in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen

Deficits in adherence on all levels. Current need of interventions in primary, secondary, and tertiary prevention of cardiovascular diseases

Autoren

C. Huy¹ A. Thiel² C. Diehm³ S. Schneider^{1,4}

Institut

¹ Mannheimer Institut für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin, Universitätsmedizin Mannheim, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg

² Institut für Sportwissenschaft, Universität Tübingen

³ Klinikum Karlsbad-Langensteinbach, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg

⁴ Kompetenzzentrum für Sozialmedizin und betriebliche Gesundheitsförderung, Universitätsmedizin Mannheim, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg

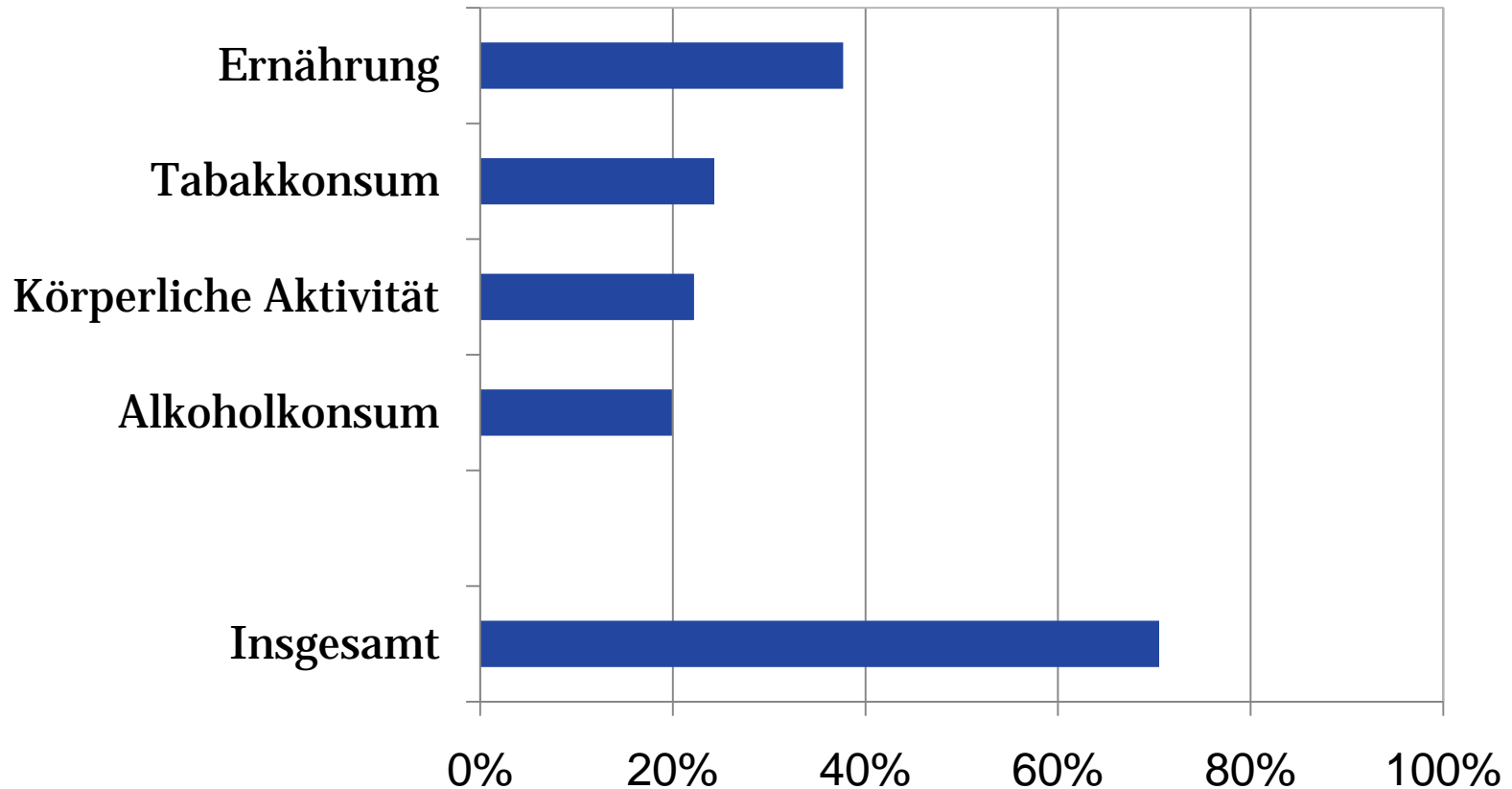
Huy, C., Thiel, A., Diehm, C., & Schneider, S. (2010). Adhärenz-Defizite auf allen Ebenen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 135(43), 2119-2124. doi:10.1055/s-0030-1267489

Adhärenz-Defizite

- **Stichprobe:** n=2002 zufällig ausgewählte Personen in Baden-Württemberg
- **Alter:** 50–70 Jahre (M=59,9 Jahre)
- **Variablen:** Kardiovaskuläre Erkrankungen, Risikofaktoren, Körperliche Aktivität, Ernährungsstil, Tabak-/Alkoholkonsum

Huy, C., Thiel, A., Diehm, C., & Schneider, S. (2010). Adhärenz-Defizite auf allen Ebenen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 135(43), 2119-2124. doi:10.1055/s-0030-1267489

Adhärenz-Defizite



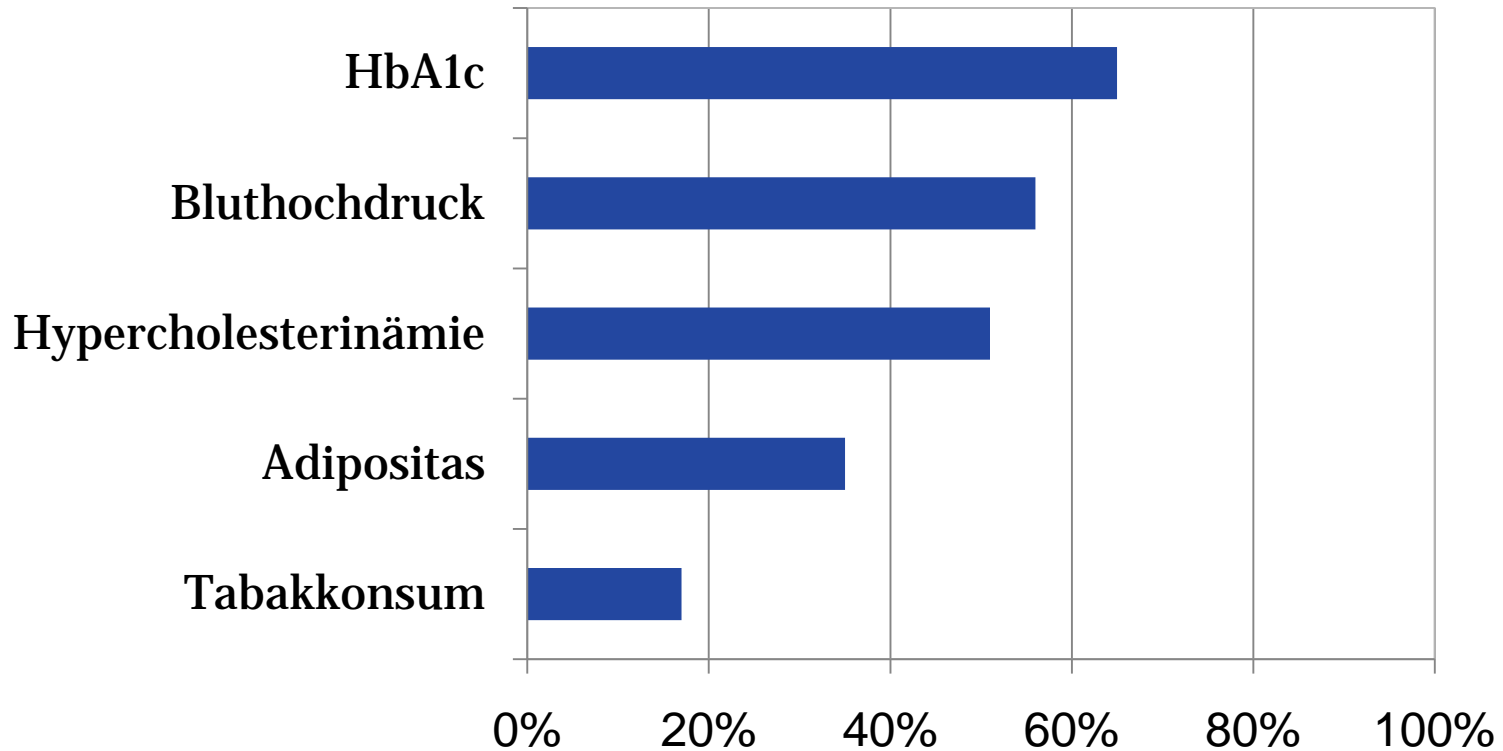
Huy, C., Thiel, A., Diehm, C., & Schneider, S. (2010). Adhärenz-Defizite auf allen Ebenen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 135(43), 2119-2124. doi:10.1055/s-0030-1267489

EUROASPIRE III

- **Stichprobe:** n=8966 konsekutive **KHK-PatientInnen**; 76 Zentren in 22 europäischen Ländern (2006-2007)
- **Methode:** Befragung zu Lebensstil und Risikofaktoren 6 Monate nach kardialem Ereignis

Kotseva, K., Wood, D., De Backer, G., De Bacquer, D., Pyörälä, K., & Keil, U. (2009). EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 16(2), 121-137. doi:10.1097/HJR.0b013e3283294b1d

EUROASPIRE III



Kotseva, K., Wood, D., De Backer, G., De Bacquer, D., Pyörälä, K., & Keil, U. (2009). EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 16(2), 121-137. doi:10.1097/HJR.0b013e3283294b1d

PIN-Studie

- **Stichprobe:** n=2441 PatientInnen nach kardialem Ereignis; 18 Rehabilitationseinrichtungen (1997)
- **Methode:** Risikofaktoren erfasst zu Beginn und Ende der Rehabilitation sowie nach 3, 6 und 12 Monaten

Völler, H., Klein, G., Gohlke, H., Dovifat, C., Binting, S., Müller-Nordhorn, J., & Willich, S. N. (2000). Sekundärprävention Koronarkrankter nach stationärer Rehabilitation. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 125(48), 1457-1461. doi:10.1055/s-2000-8667

PIN-Studie

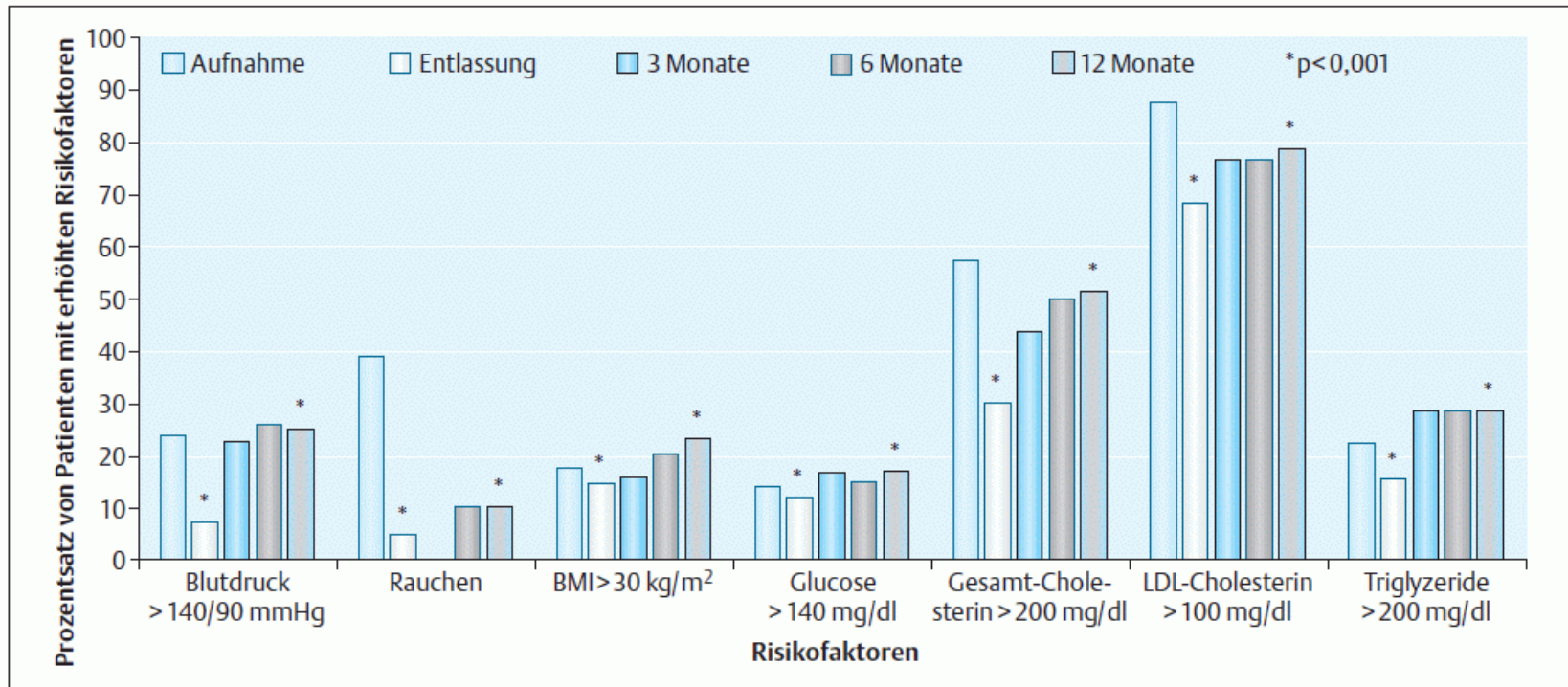


Abb. 1 Häufigkeit konventionell definierter kardiovaskulärer Risikofaktoren bei Aufnahme in und Entlassung aus stationärer Rehabilitation sowie nach 3 (außer Nikotin), 6 und 12 Monaten Nachbeobachtung. Der statistische Vergleich bezieht sich auf die Werte Aufnahme versus Entlassung sowie Entlassung versus 12 Monate Nachbeobachtung ($p < 0,001$).

Völler, H., Klein, G., Gohlke, H., Dovifat, C., Binting, S., Müller-Nordhorn, J., & Willich, S. N. (2000). Sekundärprävention Koronarkrankter nach stationärer Rehabilitation. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 125(48), 1457-1461. doi:10.1055/s-2000-8667

Erklärungsansätze



- **Die Patienten:**
 - „Patienten wollen nicht“
 - „Patienten sind zu dumm“
- **Das Versorgungssystem:**
 - Schnittstellenprobleme bzw. fehlende Versorgungskontinuität
 - Hausarztversorgung in Bezug auf Sekundärprävention unzureichend

Foto: SMJJP, <http://www.flickr.com/photos/29890539@N07/4648496819/>

Erklärungsansätze



- **Interventionen bedarfsgerecht?**
 - personale und situative Bedingungen der Lebensstilmodifikation
 - systemische Sichtweise
 - geschlechtsspezifische Rollen und Bewältigungsstrategien
 - Erwartungen und Behandlungskonzepte der PatientInnen

Foto: SMJJP, <http://www.flickr.com/photos/29890539@N07/4648496819/>



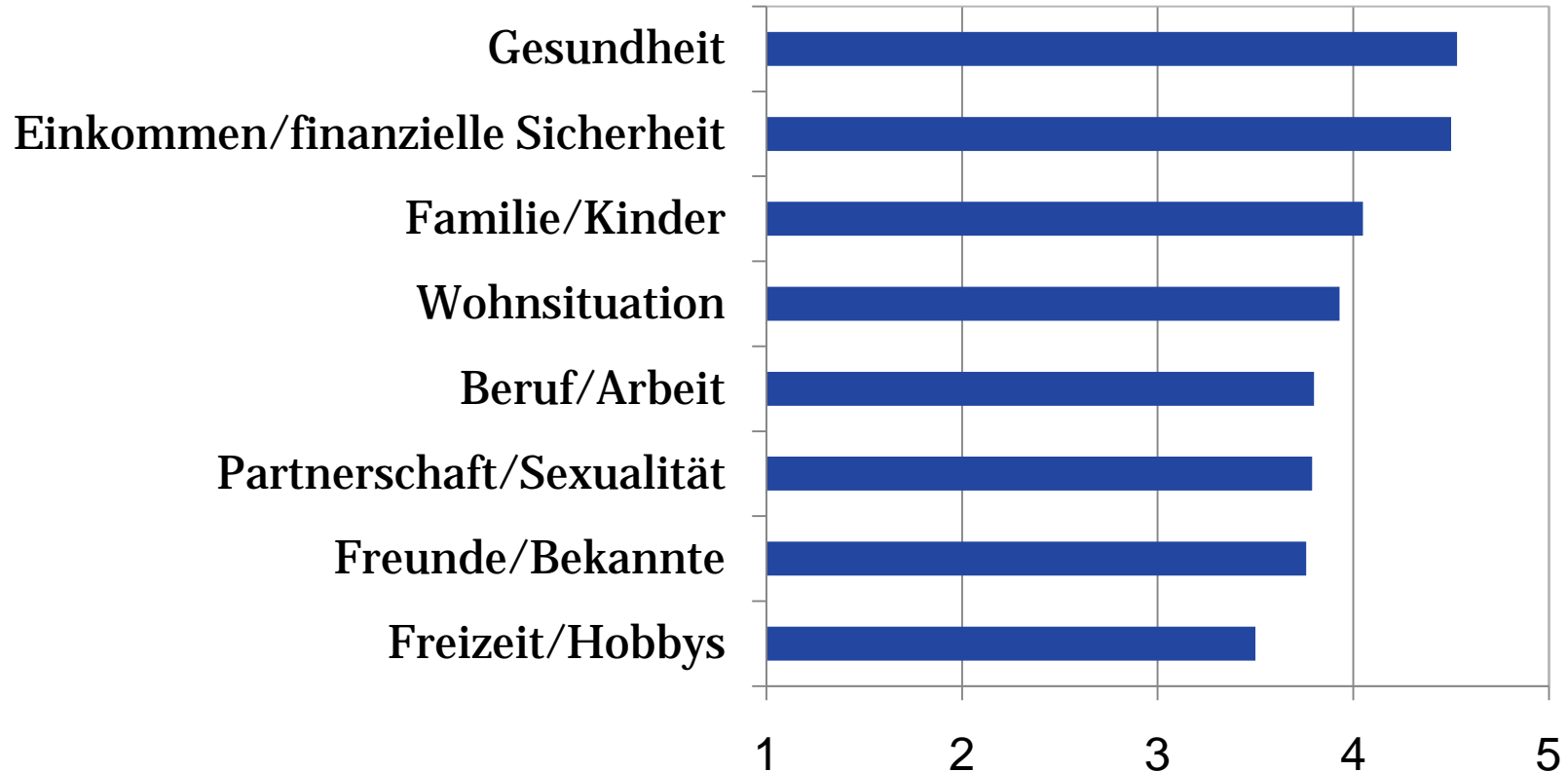
Perspektivwechsel

Wie wichtig ist Gesundheit?

- **Stichprobe:** n=4808 repräsentativ ausgewählte Personen; Alter: 14-92 Jahre (M=48 Jahre)
- **Methode:** Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ^M) (Henrich & Herschbach, 2000); 8 Lebensbereiche, Bewertung nach Wichtigkeit und Zufriedenheit

Hinz, A., Hübscher, U., Brähler, E., & Berth, H. (2010). Ist Gesundheit das höchste Gut? – Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage zur subjektiven Bedeutung von Gesundheit. *Gesundheitswesen*, 72(12), 897-903. doi:10.1055/s-0029-1246151

Wie wichtig ist Gesundheit?



Hinz, A., Hübscher, U., Brähler, E., & Berth, H. (2010). Ist Gesundheit das höchste Gut? – Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage zur subjektiven Bedeutung von Gesundheit. *Gesundheitswesen*, 72(12), 897-903. doi:10.1055/s-0029-1246151

Lebensziele

Intrinsische Lebensziele:

Gesundheit

Beziehungen

Persönliches Wachstum

Gesellschaft

Extrinsische Lebensziele:

Wohlstand

Ruhm

Attraktivität

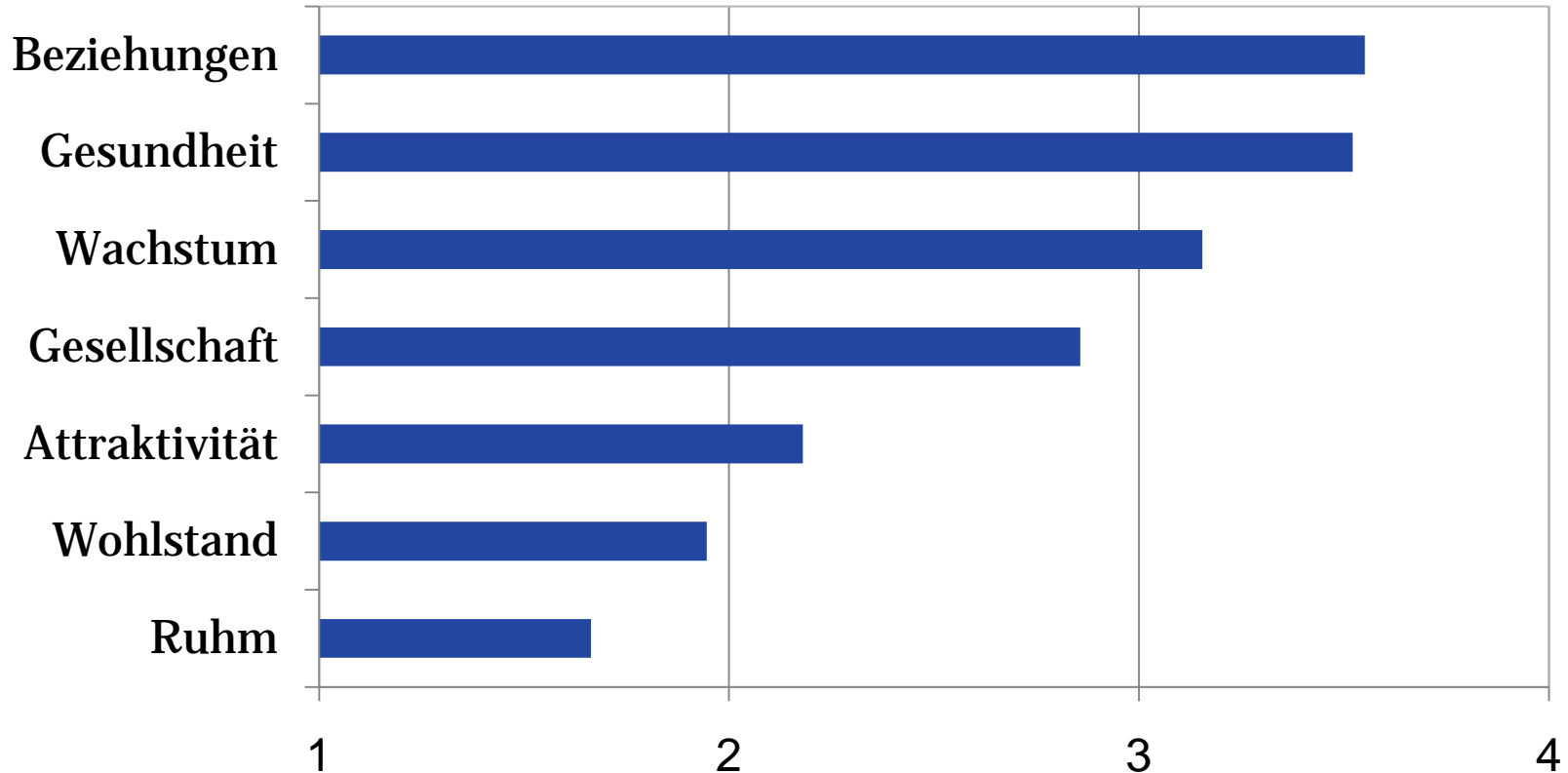
Aspirations Index:

35 Items auf 7 Skalen

Bewertung nach Wichtigkeit und Erwartung

Klusmann, U., Trautwein, U. & Lüdtke, O. (2005). Intrinsische und extrinsische Lebensziele. Reliabilität und Validität einer deutschen Fassung des Aspirations Index. *Diagnostica*, 51, 40-51.

Wie wichtig ist Gesundheit?



Eigene Fragebogenerhebung, kardiologische PatientInnen

Zielkonflikte

„ Also, wenn ich alleine wäre, ich könnte das mit meinem Essen vereinbaren. Ich würde auch kein Brötchen essen, ich würde Schwarzbrot essen ... Aber wenn der Partner - da ist oft, dass man dann - na ja eben dem Partner zuliebe. (Patientin, Akutkrankenhaus)



Gesundheit vs. Beziehungen

Foto: JL Mera, <http://www.flickr.com/photos/40909357@N08/4370460803/>

Zielkonflikte

„ *Dass man sich nicht mit dem Partner in die Haare kriegt. Dass der nicht zum Gespräch nicht so bereit ist und sagt, komm du, deine neuen Moden und deinen neuen Kram hier, ... wir [sind] doch bisher so gut hier ausgekommen. (Patientin, Akutkrankenhaus)*

Gesundheit vs. Beziehungen

Zielkonflikte

„ *F: Familie ist wichtig. Sehr wichtig.
F: Nicht? Die geben viel Kraft – für
das Herz. ... Selbst, wenn nicht alles
immer harmonisch ist. (Patientin,
Akutkrankenhaus)*



Gesundheit vs. Beziehungen

Foto: Marcus Klepper, <http://www.flickr.com/photos/7241805@N03/5279863786/>

Zielkonflikte

„ *F: Dann gibt's Nudeln mit Tomatensoße oder Tomatensoße mit Nudeln.
F: Das macht auch dick, ne, Nudeln.
F: Ja sicher, aber was willst du denn machen, wenn du kein Geld mehr hast, dann isst du das, was da ist, ne.
(Patientinnen, ambulant)*



Gesundheit vs. "Wohlstand"

Foto: su-lin, <http://www.flickr.com/photos/15157510@N00/2338372174/>

Was motiviert?

Self Determination Theory:

Drei grundlegende Bedürfnisse:

- Autonomie
- Kompetenzerleben
- Soziale Eingebundenheit

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.

Self Determination Theory

Autonomie:

Externale Verhaltensregulation

(Belohnung, Bestrafung, sozialer Druck)

Introjierte Verhaltensregulation

(Anerkennung, Lob, Missbilligung, Schuld)

Identifizierte Verhaltensregulation

(Übernahme, Akzeptanz, Identifikation)

Integrierte Verhaltensregulation

(Kongruenz mit zentralen Werten und Lebensstil, Kongruenz mit Selbstkonzept)

↑
Externe Verhaltenskontrolle
↓
Autonomie
↓
↑

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.

Self Determination Theory

Kompetenzerleben:

Skills, Tools, Unterstützung, keine Überforderung

Soziale Eingebundenheit:

Beziehung, Vertrauen

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.

Geringe Autonomie

„ *Bloß wenn Sie so leben, wie man eben sollte, nur gesund essen, nicht rauchen, nicht trinken. ... Wo ziehen Sie denn die Freude für Ihr Leben heraus?*
(Patient, ambulant)

„ *Wenn ich daran denke, dass ich jetzt vierzig Jahre Gemüse essen soll, nein, dann will ich ja nicht mehr leben.*
(Patient, ambulant)



Fehlende Integration
Fehlende Kongruenz mit Selbstkonzept

Foto: McKay Savage, <http://www.flickr.com/photos/56796376@N00/2085739779/>

Der "innere Schweinehund"

„ Das ist ja dieser so genannte innere Schweinehund, der dann da ist. ... Aber den habe ich nicht heraus gelassen.
(Patientin, Rehaklinik)

„ Man muss wirklich den eigenen Schweinehund überwinden.
(Patient, ambulant)



Persönliche Neigung vs. Selbstdisziplin

Willensschwäche

Fehlende Integration

Foto: User:Mattes, <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Schweinehund.JPG>

Kompetenzerleben

„ Schwierigkeit ist die der inneren Disziplin. Dass man das, was man sich vornimmt, nicht schafft und sich deswegen für einen Schwächling hält, was einen nicht dazu bringt, im nächsten Versuch wieder freudvoll zu beginnen.
(Patient, Rehaklinik)

„ Das habe ich nun gelesen und nun mache ich mir einen großen Kopf darüber, dass ich das nicht fertig bringe.
(Patient, ambulant)

Fehlende Erfolgserlebnisse

Geringe Selbstwirksamkeit

Widersprüchliche Informationen

„ Heute sagen sie: „Das ist gesund.“ Und dann stellen sie fest, ... „Das stimmt gar nicht.“ Das ist ja auch absurd, dass man auch ein bisschen verwirrt ist, ... was man nun ... essen soll ... Das lese ich dann irgendwo und dann versuche ich mich danach zu richten, aber das beißt sich manchmal mit dem, was ich vor einem Jahr gehört habe, was ich machen soll.
(Patient, ambulant)



Geringes
Kompetenzerleben

Foto: Kagi_BC, <http://www.flickr.com/photos/40345541@N00/2728869633/>

Die Zeitperspektive

„ *Ich treibe jetzt Sport, aber ich treibe den nicht gerne. Ich mag nicht, ich sitze eine Stunde auf dem Ergometer und trete wie blöd, aber ... diese Endorphine, auf die warte ich ja heute noch, die kommen nicht. Ich hasse dieses, aber ich mache es und ich führe ein Buch, damit ich mich wieder zwingen. Ich muss ... diese Norm erfüllen, nur weil man noch nicht sterben will.*
(Patient, ambulant)

- **abstrakte, langfristige Ziele ("Prävention") vs. konkrete, kurzfristige Ziele** (Construal Level Theory; Trope & Liberman, 2003)
- **kurzfristige vs. langfristige Belohnungen** (Intertemporal Choice Theory; Ainslie, 2005)

Reach, G. (2009). Obstacles to patient education in chronic diseases. *Patient Education and Counseling*, 77, 192-196.

Die Zeitperspektive

„ *Der Nebeneffekt war, die Haare haben nicht mehr gestunken, die Sachen waren wieder frisch, Wohnung war wieder frisch. (Patientin, Akutkrankenhaus)*

„ *Also ich muss heute sagen, wenn ich früher gewusst hätte, dass man so stinkt, hätte ich mit Sicherheit wahrscheinlich eher aufgegeben. Es ist abartig. (Patientin, Rehaklinik)*



Foto: LeoL30, <http://www.flickr.com/photos/49968232@N00/1074632327/>

Persönliche Identität

- „ *Meine Meinung ist ja, dass man, wenn man ein gewisses Alter erreicht hat, nicht mehr viel ändern wird in seinem Leben.
(Patientin, Akutkrankenhaus)*
- „ *Also Menschen sind - mit dreißig sind die fest. Da gibt es keine - da ändert sich keiner mehr. Wenn, dann sind es nur noch Zwangsänderungen, da bin ich überzeugt davon.
(Patient, ambulant)*

- **Verbundenheit Selbstbild jetzt-Selbstbild Zukunft** (Personal Identity Theory; Parfit, 1984)
- **Integration in das Selbstkonzept**

Reach, G. (2009). Obstacles to patient education in chronic diseases. *Patient Education and Counseling*, 77, 192-196.

Persönliche Identität

„ *Ich weiß nicht, wo ich mich mit identifizieren soll ... Ich werde kein Nordic Walking machen. Ich werde wohl spazieren gehen. Ich werde keinen Sport treiben, das habe ich mein Leben lang nicht gemacht, fange ich jetzt auch erst nicht mit an.*
(Patient Rehaklinik)

Persönliche Identität

„ *Von Haus aus bin ich eigentlich ein Gourmet. Ich esse gerne, und ich esse gerne gut. Wenn ich auf alles drauf verzichten muss? Was kommt dann?*
(Patient Rehaklinik)



Foto: Ray Flickrmember, <http://www.flickr.com/photos/21031300@N02/4578149157/>

Fazit

- ▶ Patienten **„wollen“** im Prinzip schon, **„können“** aber nicht.

- **Mangelnde Bedarfsgerechtigkeit** der Angebote:
 - Einbezug des sozialen Umfelds, vor allem der Partner
 - Kontinuität, Alltagsnähe, Individualisierung
 - Eindeutige Handlungsempfehlungen
 - Einbezug des gesamten Lebenskontextes

Implikationen für die Praxis

- **Persönliche Identität:** Individualisierte Angebote/Interventionen; Anamnese und "Projekte"
- **Zeitperspektive:** kurzfristigere, konkrete Ziele; Zwischenziele als Belohnung; konkrete Verhaltensweisen im Fokus
- **Soziales Eingebundensein:** Gruppeninterventionen; Einbezug des sozialen Umfelds; partnerschaftliche, vertrauensvolle Beziehung zu BehandlerInnen
- **Kompetenzerleben:** Vermittlung von Wissen *und* Skills; Unterstützung; Erfolgserlebnisse
- **Autonomie:** Patientenorientierung, "Empowerment"; Motivierende Gesprächsführung (motivational interviewing)

Reach, G. (2009). Obstacles to patient education in chronic diseases. *Patient Education and Counseling*, 77, 192-196.

West, D. S. et al. (2011). A motivation-focused weight loss maintenance program is an effective alternative to a skill-based approach. *International Journal of Obesity*, 35(2), 259-269.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

<mailto:romppel@fas.htwk-leipzig.de>