

Der standardisierte Klinik-Arzt-Kurzbrief

Patientenresonanz bei verschieden ausgeprägter Compliance

Bernd Fischer, Siegfried Lehrl, Georg Büchler, Jörg Eschenbächer,
Klaus Diethart Hüllemann und Hartmut Weber-Falkensammer

Aus der Fachklinik Klausenbach (Chefarzt: Professor Dr. med. Bernd Fischer) der Landesversicherungsanstalt Baden, dem Kybernetischen Institut Paderborn und Berlin (Direktor: Professor Dr. med. Hellmar Frank), der Medizinischen Klinik St. Irmingard (Ärztlicher Direktor: Professor Dr. med. Klaus D. Hüllemann), der Arbeitsgemeinschaft Sozialmedizinische Forschung und Beratung e. V. Benediktbeuern (Direktor: Professor Dr. Hartmut Weber-Falkensammer) und den Firmen Boehringer GmbH und Galenus GmbH

Aus der Flut der Definitionsversuche der Compliance hat sich folgender als günstig erwiesen:

„Die Compliance ist die Erreichung eines im Arbeitsbündnis des Patienten und des Arztes gemeinsam abgesprochenen und akzeptierten Therapiezieles“.

Diese Compliance kann sich auf Medikamenteneinnahme, auf diagnostische und weitere therapeutische Maßnahmen, auf Bewegungstherapie und z. B. auf die Einhaltung einer Diät beziehen.

Sie nimmt für sich das gesamte Beziehungsgefüge Arzt-Patient in Anspruch. Der Patient und der Arzt sind gleichermaßen zur partnerschaftlichen Eigenaktivität aufgefordert. Je nach Erreichung dieses Zieles lassen sich Ausprägungen der Compliance unterscheiden.

Auf seiten des Arztes gelten als das Arbeitsbündnis festigende Variablen Freundlichkeit, Ernstnehmen, Zuhören, von der Wirksamkeit der Therapie überzeugt sein und wirklichkeitsbezogene Krankheitserwartungen. Daneben ergibt sich für den Arzt eine weitere Prä-

misse für ein optimales Arbeitsbündnis. Sie betrifft seine eigene Information über den Gesundheitszustand des Patienten und die einzuschlagende Therapie.

Sofern er selbst alle Untersuchungen durchführt, ist kein deutlich suboptimaler Informationsstand zu befürchten. Werden jedoch diese Untersuchungen außer- oder innerhalb eines Krankenhauses durchgeführt, kommt es sehr oft zu einer Informationsverzögerung oder gar zu einer Informationslücke, da die Mitteilungen, die mit Hilfe eines Briefes an ihn übermittelt werden, ihn viel zu spät oder manchmal gar nicht erreichen.

Somit ergab sich die Forderung nach einer zeitlich unverzögerten Informationsübermittlung zwischen Klinik und Hausarzt.

Weiterhin sollte der Patient mit der gleichen Mitteilung auf den gleichen Informationsstand wie der Hausarzt gebracht werden.

Damit könnte eine Vertrauensbasis geschaffen werden, bei der dem Patienten gleichzeitig die Angst, daß etwas vor ihm verheimlicht wird, genommen würde.

Der Zeitraum zwischen der Entlassung eines Patienten aus dem Krankenhaus und der Information des Hausarztes ist oft recht lang. Es kommt hier zu Informationsverzögerungen und Informationslücken. Standardisierte Kurzinformativbriefe, die dem Patienten in doppelter Ausführung (einmal für den Hausarzt und einmal für den Patienten selbst) mitgegeben werden, helfen, diese Informationslücken zu füllen. Die überwiegende Anzahl der Patienten bewertet – wie die beschriebene Studie zeigt – die Information durch Kurzarztbriefe als positiv bzw. sehr positiv.

Compliancerate und Bewertung von Kurzarztbriefen

Die Firmen Boehringer Mannheim und Galenus Mannheim haben in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Klinik St. Irmingard, Prien, der Arbeitsgemeinschaft für Sozialmedizinische Forschung und Beratung, Benediktbeuern, sowie der LVA-Fachklinik Klausenbach standardisierte Kurzinformativbriefe entwickelt.

Es zeigte sich bei Untersuchungen von (BfA-)Patienten der Medizinischen Klinik St. Irmingard, daß die niedergelassenen Ärzte in der Mehrzahl diese Kurzbrieffersionen akzeptieren (9^{*)}) unter den Voraussetzungen, daß

► überängstliche Patienten sowie Patienten mit Problemdiagnosen diese Briefe nicht erhalten, und daß ein späterer ausführlicher Entlassungsbericht dieser Kurzbrieffersion folgt.

In der Medizinischen Klinik St. Irmingard ergab sich, daß die Patienten, die eine Kurzbrieffkopie er-

^{*)} Die in Klammern stehenden Ziffern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis des Sonderdrucks.

Klinik-Arzt-Kurzbrief

halten hatten, diese Information als sehr positiv bewerteten. Sie fühlten sich mündig.

In einem weiteren Schritt sollte untersucht werden, ob bei einer anderen Zielgruppe (Versicherte einer Landesversicherungsanstalt) bei ähnlicher Methodik die Untersuchung gleiche oder abweichende Ergebnisse bringen würde. Da nicht von vornherein ein wesentlicher Unterschied beider Patientenkollektive unterstellt werden konnte, lautete die erste Hypothese:

① Die Information durch Kurzarztbriefe wird von den Patienten überwiegend als sehr positiv bewertet.

Im Rahmen dieser Studie bot sich die Möglichkeit zu überprüfen, ob Patienten verschiedener Compliancegrade zu unterschiedlichen Bewertungen der Kurzbriefinformationen gelangten, wobei wir von folgenden weiteren Hypothesen ausgehen:

② Je höher die Compliance, desto besser ist die Beurteilung der Kurzbriefe durch die Patienten.

③ Je höher die Compliancerate, für desto geeigneter hält der Patient den Kurzbrief zur Verstärkung der eigenen Mitarbeit.

Methoden

Es wurde die Kurzbriefversion im Format DIN-A4 entwickelt (Darstellung 1), die jeweils im Durchschreibeverfahren 3fach ausgestellt wurden: Das Original wurde dem weiterbehandelnden Arzt zugestellt, die erste Kopie erhielt der Patient im Anschluß an das Entlassungsgespräch in der Klinik, die zweite Kopie verblieb in der Klinik.

In die Studie wurden 107 Patienten (76 Männer und 31 Frauen) mit frühgeriatrischen Erkrankungen, allerdings ohne klinische Zeichen von Hirnfunktionsstörungen, aufgenommen. 88 der Patienten hat-

ten angegeben, bereits in einem Krankenhaus behandelt worden zu sein. Das Alter betrug 52 ± 9 Jahre. Den Patienten wurden 10 Fragen vorgelegt, deren Beantwortung in der überwiegenden Mehrzahl durch Ankreuzen erfolgen konnte. Hier wurden nur die drei Fragen zu den formulierten Hypothesen herausgegriffen.

Die nach ihrer Meinung zu dem Kurzbrief befragten 107 Patienten wurden in drei Gruppen aufgeteilt:

1. Patienten mit einer niedrigen Compliancerate (entsprechend 0 bis 30 Prozent),

2. Patienten mit einer mittleren Compliancerate (entsprechend 35 bis 60 Prozent) und

3. Patienten mit einer hohen Compliancerate (entsprechend 65 bis 100 Prozent).

Um die Compliancerate festzustellen, wurde die Regelmäßigkeit der Medikamenteneinnahme mit Hilfe eines fluorometrischen Riboflavin-Nachweises im Urin (Methode nach Gundert-Remy et al. (6)), überprüft. Dadurch war es möglich, die Patienten täglich in Einnahmer (positiver Urinbefund) und Nichteinnehmer (negativer Urinbefund) einzuteilen.

Die Compliance wurde an 20 Tagen täglich überprüft, der positive Urinbefund eines Tages mit der Compliancerate 5 Prozent angesetzt (20 Tage = 100 Prozent).

Statistisch gesehen prüfen wir gegen die Nullhypothese, die besagt: Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Compliancerate und der Akzeptanz (Hypothesen 2 und 3) bzw. (nach der 1. Hypothese) gleich viele Patienten finden den Kurzbrief sehr gut wie nicht sehr gut (gut, gleichgültig usw.).

Ergebnisse

Wie die Beantwortung der Frage 1 in Darstellung 2 zeigt, kreuzte die

Mehrheit der Patienten die Antwortvorgaben „ich finde es sehr gut“ an.

Die Nullhypothese ist statistisch signifikant zurückgewiesen: Chi-Quadrat = 4,1 (df = 1). Die Antwort: „ich finde es gut“ geben noch 39 Patienten. Schlechtere Bewertungen kommen nur 3mal vor.

Nach der Unterteilung in verschiedene Compliancegruppen ergab sich: 34 Patienten wiesen eine niedrige, 41 Patienten eine mittlere und 32 Patienten eine hohe Compliancerate auf.

Bei der statistischen Auswertung der generellen Beurteilung der Informiertheit durch Kurzbriefe (Darstellung 3) sind die Felder: gleichgültig, schlecht oder sehr schlecht, kaum besetzt. Deshalb berücksichtigen wir beim Chi-Quadrat-Test nur die Beurteilung: sehr gut oder gut.

Dafür kommt der 2×3 -Felder-Chi-Quadrat-Test in Frage (df = 2). Das Ergebnis Chi-Quadrat = 7,29 ist signifikant. Allerdings geben wider Erwarten die Patienten mit der niedrigen Compliancerate häufiger an, sehr gut informiert zu sein (Darstellung 3).

Wie die Beantwortung der Frage in Darstellung 4 zeigt, weisen nur bei den Zeilen „bestärken mich außerordentlich“ und „bestärken mich“ die Felder genügend hohe Erwartungswerte auf. Der 3×3 -Felder-Chi-Quadrat-Test mit 4 Freiheitsgraden erbringt Chi-Quadrat = 11,48.

Auch hier konnte die Nullhypothese verworfen werden. Aber auch dieses Ergebnis ging in die andere Richtung als die eingangs formulierte Hypothese:

► die Patienten mit der niedrigen Compliancerate geben am häufigsten an, durch die Kurzbrief-Informationen in der eigenen Mitarbeit außerordentlich bestärkt zu werden.

Zwischen den Patienten mit der mittleren und hohen Compliance-rate ergeben sich, wie schon hinsichtlich der Beurteilung der Informiertheit durch die Kurzarztbriefe, keine nennenswerten Unterschiede.

Diskussion

Zweifellos wollen die Patienten über ihre Erkrankung und über die zu erfolgende Therapie ausführli-

cher und verständlicher informiert werden. Ein Kurzbrief in der vorgestellten Art ist nach den vorliegenden Untersuchungsergebnissen aus Patientensicht bereits ein sehr akzeptabler Beitrag zur Erhöhung ihrer Informiertheit und Verstärkung ihrer eigenen Mitarbeit.

Unseren Ausgangshypothesen widersprechend und somit überraschend ist die Stellungnahme der Patienten mit einer niedrigen Compliance-rate, die den eigenen

Nutzen der Kurzarztbriefe viel häufiger als sehr hoch einschätzen als die Patienten mit einer mittleren oder hohen Compliance-rate, die sich diesbezüglich nicht voneinander unterscheiden. Zur Erklärung bieten sich mindestens vier, teilweise voneinander abhängige Möglichkeiten an, die anhand der vorliegenden Untersuchungsdaten allerdings nicht geprüft werden können:

① Die einfachste Interpretation ist: Die complianteren Patienten halten es für selbstverständlich, daß medizinische Leistungen sehr gut sind.

Deshalb neigen sie in der Bewertung nicht mehr zu Superlativen; denn die Beurteilung ist ihnen nicht wichtig, nicht aktuell genug.

Sie nehmen es als selbstverständlich hin und verhalten sich entsprechend. Diese Patienten haben ein ungebrochenes Verhältnis zur Medizin.

② Die Patienten mit der niedrigen Compliance haben ein gebrochenes Verhältnis zur Medizin. Durch Befragungen der vorliegenden Art weckt man im non-complianten Patienten Schuldgefühle, indem man ihn in eine Lage bringt, die er etwa folgendermaßen erlebt: „Man bemüht sich durch den Kurzbrief von medizinischer Seite um mich, obwohl ich mich nicht den medizinischen Anforderungen gemäß verhalte; eigentlich bin ich unfair.“ Der niedrig-compliant Patient wird durch die Befragung emotional stärker als der compliantere Patient bewegt. Nach P. R. Hofstätter (7) führt ein gefühlsmäßiges Engagement aber zur Polarisierung bzw. Extremisierung der Meinungen.

③ Das Schuldgefühl des non-complianten Patienten kann (evtl. zusätzlich zu 2.) den Wunsch stärken, an der Medizin durch sehr gute Antworten in der Befragung zum Ausgleich für das eigene unfolgsame Verhalten wieder etwas gutzumachen.

Frage: Sie haben ja bereits einen Durchschlag des Kurzberichts erhalten, so daß Sie selbst auch informiert sind. Was halten Sie davon, auf diese Weise informiert zu werden? Kreuzen Sie bitte die auf Sie zutreffende Antwort an.			
Antwortvorgaben:	Gesamt (n = 107)	Männer (n = 76)	Frauen (n = 31)
Ich finde es sehr gut	64	40	24
Ich finde es gut	39	33	5
Mir ist es gleichgültig	2	1	1
Ich finde es schlecht	1	1	–
Ich finde es sehr schlecht	–	–	–
keine Angabe	1	1	–

Darstellung 2: Vorlage der ersten Frage und Verteilung der Patientenangaben

Frage: Wie fühlen Sie sich durch den Kurzbrief informiert?				
	Gesamt n = 107	Compliance		
		niedrig n = 34	mittel n = 41	hoch n = 32
sehr gut	64	26	22	16
gut	39	6	18	15
gleichgültig	2	1	1	–
schlecht	1	–	–	1
sehr schlecht	–	–	–	–
keine Angabe	1	1	–	–

Darstellung 3: Generelle Beurteilung der Information durch Kurzbrieft

4 Vielleicht dienen die günstigen Abfrageergebnisse den niedrig-complianten Patienten auch der Rechtfertigung vor sich selbst, daß man ja alle zur Verfügung stehenden Mittel einsetze, um in seiner medizinischen Angelegenheit weiterzukommen.

Dies scheint vergleichbar zu sein mit vergeblich sich um Abnahme bemühenden Adipösen, die besonders erpicht sind, Diätrezepte zu erhalten, um ihr Gewissen zu beruhigen („ich habe ja alles getan, um abzunehmen; es hat aber leider nicht geklappt“ – sogenannte gelernte Hilflosigkeit).

Abschließend zu diesen Interpretationsmöglichkeiten sei erwähnt, daß vielleicht in dem beschriebenen Verhalten die Erklärung dafür liegt, daß Ärzte die Compliance ihrer Patienten überschätzen.

Eventuell ist es so, daß ausgesprochene Non-Compliance-Patienten sich als besonders informationsempfindlich dem Arzt gegenüber zeigen und der Arzt diese freundliche informationsempfindliche Art als ein Zeichen der Compliance mißdeutet.

Wie eine echte Verbesserung der Compliance erreicht werden kann, hat E. Weber in einer Übersichtsarbeit ausführlich referiert (17).

Fragt man sich, ob die hier vorgelegten Ergebnisse vielleicht doch nur seltene Zufallsbefunde sind, die sich bei einer Wiederholung der Studie nicht wieder einstellen würden, so muß man zugeben, daß dies mit der durch den Chi-Quadrat-Test ermittelten geringen Wahrscheinlichkeit schon möglich ist.

Für die Gültigkeit der vorgelegten Resultate spricht aber eine übereinstimmende Diskrepanz, die wir im Zusammenhang mit einer Beipackzetteluntersuchung auch beobachtet hatten. Darin hielten die Patienten den Beipackzettel für besonders wichtig, die ihn am wenigsten verstanden hatten (11).

Frage: Wie verstärken Kurzbrief-Informationen Ihre eigene Mitarbeit?				
	Gesamt n = 107	Compliance		
		niedrig n = 34	mittel n = 41	hoch n = 32
bestärken mich außerordentlich	30	15	9	6
bestärken mich	55	9	26	20
bestärken mich ein bißchen	6	1	1	4
verunsichern mich ein bißchen	3	2	–	1
verunsichern mich	1	–	1	–
verunsichern mich außerordentlich	1	–	1	–
keine Angabe	11	7	3	1

Darstellung 4: Frage und Patientenantworten zur Bestärkung der eigenen Mitarbeit

Die vorgestellte Kurzarzt-Briefversion muß korrigiert werden, um noch patientenorientierter zu sein. Sie enthält beispielsweise noch sehr viele lateinische Ausdrücke, die ohne weiteres übersetzt werden können.

In der jetzigen Lage kam es uns darauf an zu prüfen, ob eine vertrauensbildende Maßnahme, auch wenn sie noch nicht optimal ist, vom Patienten sehr begrüßt wird.

In diesem Nachweis stimmen die Befunde von K. D. Hüllemann et al. (9) mit unseren überein.

Selbst wenn der Patient, besonders der niedrig-compliance Patient, Maßnahmen wie die Einsicht in einen Kurzarztbrief begrüßt, muß das noch nicht bedeuten, daß er dadurch compliant wird.

Wir erhoffen dies zwar, haben jedoch bisher keine empirischen Studien dazu durchgeführt.

Sollte sich der Kurzarztbrief erwartungsgemäß als Maßnahme zur Erhöhung der Patienten-Compliance erweisen, kann man sich

damit allein natürlich nicht begnügen. Andere interventive Verfahren, wie Gruppenaktivitäten und -gespräche mit besonderer Zuwendung, müßten hinzukommen.

Gerade diese angeführten Maßnahmen haben bereits nach kurzer Zeit deutliche compliance-erhöhende Effekte aufgewiesen (2).

Weiterhin ist zu bedenken, daß nicht jede Maßnahme jeden Patienten gleich beeinflußt.

So erwiesen sich Raucher als besonders resistent gegen die angeführten Interventionsmaßnahmen (1).

Den globalen Prüfungen vom compliance-erhöhenden Verfahren sollten daher weitere folgen.

Die Übergabe eines Kurzarztbriefes ohne eine ausreichende Aussprache kann mehr Schaden als Nutzen bringen, z. B. bei krebserkrankten Patienten (4, 5).

Bemerkenswerterweise berichten ärztliche Mitarbeiter aus einer großen onkologischen Ambulanz, daß

Klinik-Arzt-Kurzbrief

sie mit Kurzarztbriefen keine Schwierigkeiten hätten, sofern die Übergabe mit einem intensiven Beratungsgespräch verbunden sei (5).

Weiterhin erscheint es wichtig, informationspsychologische Regeln bei einem solchen Gespräch zu beachten (3), die für den Arzt wie für den Patienten etwa wie folgt laufen könnten:

a) Der Arzt darf nicht zu schnell und nicht zu viel sprechen – Dialog-Situation herstellen –.

b) Pro Zeiteinheit darf nicht zu viel Information gegeben werden.

Das heißt, die Sprechrate des Arztes muß sich der Sprechrate des Patienten angleichen.

Spricht der Arzt zu schnell, so kann der Patient die dargebotene Information nicht einmal teilweise, sondern insgesamt nicht auffassen, da in einer solchen Gesprächssituation die Informationsaufnahme beim Patienten gänzlich blockiert ist.

c) Der Patient muß bei dem Gespräch folgendes beachten:

1. Er sollte Fragen, Fragen und nochmals Fragen stellen – dadurch lernt der Arzt die Krankheitsmodelle des Patienten kennen und kann sie in seinen Überlegungen berücksichtigen.

2. Der Patient soll das Gespräch in seinen eigenen Worten zusammenfassen.

Der Arzt hat dadurch eine schnelle Rückkopplung, ob das, was besprochen wurde, auch verstanden wurde und in sinnvolle Handlungsabläufe umgesetzt werden kann (11).

Insbesondere kann der Arzt in einem solchen Gespräch prüfen, ob unvermeidliche Fachausdrücke auch für den Patienten die artzgemäße Bedeutung haben oder ob er sie erläutern muß.

Eigene Untersuchungen haben nämlich gezeigt, daß 50 Prozent der Fachausdrücke auch nach intensivem Bemühen nicht verstanden wurden.

So konnte bei einer eigenen Untersuchung z. B. folgendes beobachtet werden: Bei dem Fremdwort „Gravidität“ wurden drei Auswahlantworten angeboten: „edle Haltung“, „Schwangerschaft“, „große Bedeutung“.

Kein Patient kreuzte die Bedeutung „Schwangerschaft“ an, 57 Prozent waren der Meinung, es handle sich um eine Umschreibung für große Bedeutung (12, 13).

Die Aussprache erscheint auch aus den Untersuchungen von Siegrist et al. (15) besonders wichtig.

Die Autoren konnten feststellen: 48 Prozent der Krankenhauspatienten verneinten die Frage: „Wurde über den möglichen weiteren Verlauf der Erkrankung gesprochen“.

Patienten, die sich am Ende ihres Krankenhausaufenthaltes schlecht informiert fühlten, zeigten auch zu diesem Zeitpunkt ein höheres Maß an Befindlichkeitsstörungen.

Eigene Untersuchungen zeigen auf: Ein schlechtes Befinden am Behandlungsende ist mit einer niedrigen Complierate verbunden (2).

Wir danken Frau Aakef und Fräulein Bruder für die Mithilfe bei der Manuskripterstellung.

Literatur beim Verfasser

Anschrift für die Verfasser:
Professor Dr. med.
Bernd Fischer
Chefarzt der Fachklinik
Klausenbach
Landesversicherungsanstalt
Baden
7611 Nordrach-Klausenbach

FÜR SIE GELESEN

Protektive Wirkung von Acetylsalicylsäure gegen Herzinfarkt

Seit 1974 haben 6 große kontrollierte Studien bei Patienten mit Myokardinfarkt gezeigt, daß ein Trend zu einer verminderten Inzidenz von Reinfarkten oder Letalität durch eine Behandlung mit Acetylsalicylsäure besteht.

Statistische Signifikanz ließ sich jedoch in keiner Studie erbringen.

Die Studie von Lewis et al galt der Prüfung, ob Aspirin die Inzidenz der Letalität oder des akuten Myokardinfarktes bei Patienten mit instabiler Angina pectoris senken kann.

In einer multizentrischen, doppelblind geführten, Placebo-kontrollierten randomisierten Untersuchung erhielten 1266 Personen mit instabiler Angina über 12 Wochen 324 Milligramm Aspirin täglich.

Die Inzidenz lag in der Aspirin-Gruppe 51 Prozent niedriger als in der Placebogruppe ($p < 0.0005$).

Es wurden keine Unterschiede bezüglich der gastrointestinalen Nebenwirkungen zwischen Behandlungsgruppe und Kontrollgruppe beobachtet.

Die Ergebnisse dieser Studie belegen, daß Aspirin einen eindeutig schützenden Effekt auf die Myokardinfarktrate und auf die Letalität bei Menschen mit instabiler Angina pectoris aufweisen.

Auf Grund der Ergebnisse der modernen Kriterien entsprechend angelegten umfangreichen Untersuchung läßt sich daher Acetylsalicylsäure bei Patienten mit elektrokardiographisch gesicherter Angina pectoris erfolgreich einsetzen. hre

Lewis, H. D., et al: Protective effects of aspirin against acute myocardial infarction and death in men with unstable angina. New England Journal of Medicine 3 (1983) 396