

45. Jahrestagung
Deutsche Diabetes-Gesellschaft
12. – 15. Mai 2010 in Stuttgart

Diabetestherapie
in Bewegung

diabetes DE
Handeln • Helfen • Heilen



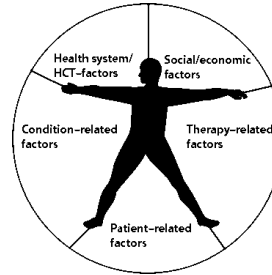
Kongress-Pressekonferenz

anlässlich der 45. Jahrestagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG)

Freitag, 14. Mai 2010, von 12.15 bis 13.15 Uhr, Tagungsraum C 4.2, ICS International Congresscenter Stuttgart, Messeplazza, 70629 Stuttgart

**Die Lebensqualität steigern und Folgeerkrankungen vorbeugen:
Die Therapietreue der Patienten fördern –
Aktuelle Ergebnisse und Konzepte**

Dr. med. Alexander Risse, Dortmund



KLINIKUM DO

45. Jahrestagung
Deutsche Diabetes-Gesellschaft
12. – 15. Mai 2010 in Stuttgart

Diabetestherapie
in Bewegung

diabetes DE
Handeln • Helfen • Heilen



EADV - Symposium

Therapietreue bei Diabetes Mellitus

Freitag, 14. Mai 2010, 14:30 - 16:30 Uhr Saal Pfeiffer, C 1.2.2



R. Quinzler:

Therapietreue: Ausmaß und Kosten, Aktuelle Datenanalysen

M. Schulz:

Strategien zur Verbesserung der Therapietreue - was ist die Evidenz ?

M. Krüger:

Medikamentenmanagement - aus Sicht eines Apothekers

A. Risse:

Medikamentenmanagement - aus Sicht eines Diabetologen

KLINIKUM DO

Therapietreue/ „Compliance“

Therapietreue bei medikamentöser Behandlung

Abb. 1 Aktuelle Terminologie im Umfeld der Therapietreue. Oberbegriff ist die Adhärenz bzw. Non-Adhärenz, die sich aus Non-Akzeptanz (Nicht-Einlösen einer ärztlichen Verordnung), Non-Persistenz (unauthorisiertem Therapieabbruch) und Non-Compliance (Unregelmäßigkeiten in der Medikamenteneinnahme) zusammensetzt.

Bibliografie
DOI 10.1055/s-2006-955059
Dtsch Med Wochenschr 2006;
131: 28–30 · © Georg Thieme
Verlag KG Stuttgart · New York ·
ISSN 0012-0472

Advanced search

BMJ 1997;314:691 (8 March)

Editorials

Compliance becomes concordance

Die meisten Ärzte reden von „Compliance“ (Realdiabetologie)

Compliance (Physiologie) aus Wikipedia, der freien Enzyklopädie
Compliance dient in der Physiologie als ein Maß für die *Dehnbarkeit* von Körperstrukturen. Sie wird zur Beschreibung und Quantifizierung der elastischen Eigenschaften der betrachteten Gewebe gebraucht. Die *Compliance* gibt an, wie viel Gas oder Flüssigkeit man in eine umwandete Struktur füllen kann, bis der Druck um eine Druckeinheit ansteigt.

Compliance eines Luftballons

Therapietreue bei medikamentöser Behandlung Adherence to medical treatment

R. Düsing¹

¹ Medizinische Poliklinik, Universitätsklinikum Bonn

Bibliografie

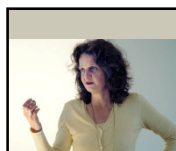
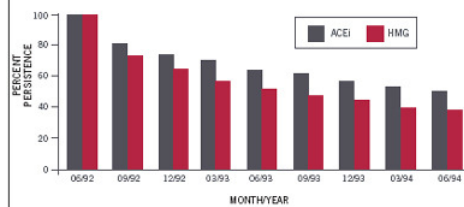
DOI 10.1055/s-2006-955059
Dtsch Med Wochenschr 2006;
131: 28–30 · © Georg Thieme
Verlag KG Stuttgart · New York ·
ISSN 0012-0472

Einleitung

Das Patienten ihre Medikamente nicht entsprechend ärztlicher Verordnung einnehmen, ist von Hippokrates bereits vor etwa 2400 Jahren konstatiert worden. Obwohl das Problem einer variablen Medikamenten-Adhärenz also lange bekannt ist, hat sich unser Wissen um Ursachen und Details dieses Verhaltens erst in den letzten Jahrzehnten fortentwickelt. Dies hängt – wie so oft bei wissenschaftlichem Fortschritt – mit der Verfügbarkeit von effektiveren Methoden zusammen. Die American Heart Association (AHA) bezeichnet unzuverlässige Medikamenteneinnahme durch die Patienten als Problem Nummer 1 bei der Behandlung von Krankheiten. Mangelnde Therapietreue wird entsprechend von der AHA für 10% aller Krankenhauseinweisungen und 23% der Einweisungen in ein Pflegeheim verantwortlich gemacht.

Die Therapietreue bleibt schlecht

Figure 2. Two-year persistence patterns of 26,000 patients prescribed cardiac risk-reduction therapy, either angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEi) or lipid-lowering (HMG) medications, all of whom were beneficiaries of third party insurance coverage for the medication costs. Reproduced, with permission, from *Hospital Quarterly* (Sidel et al. 1998).



MEDICAL NEWS & PERSPECTIVES

director of cardiac rehabilitation and preventive cardiology at the University of Vermont College of Medicine, in Burlington.

"You need a pretty high staff-to-patient ratio if you want to do a good job," Ades said. "Hospitals like cardiac rehabilitation because it's a good

public relations strategy... but they rarely break even." Incorporating referral to cardiac rehabilitation into quality measures that affect reimbursement (pay for performance) could help boost referrals, said Ades, who helped write the 1995 guidelines and who is also one

of the coauthors of the Swana study. "I'm under pressure from the hospital leadership to prescribe aspirin and statins because they get graded on it," he said. "So I think the single most important key is to make referral to cardiac rehabilitation a quality indicator." □



Univ.-Prof. Dr. med.
Ingrid Mülhhauser
Universität Hamburg
Gesundheitswissenschaften

Research Probes Details of Poor Adherence in Antihypertensive Drug Therapy

Mike Minka

A UNIQUE DATA SET IS PROVIDING researchers with some clues

which collect real-time dosing data by recording each specific instance a patient opens a pill container.

"There is a difference between pro-

physicians to intervene in dosing strategies more successfully. If electronic monitoring reveals, for example, that a person is missing his or her evening

Nur 30% der Patienten mit Hypertonie erreichen Zielblutdruckwerte

responding to the initial therapy, or are they not taking their medications in the prescribed manner?

At the European Society of Cardiology Congress on September 1 in Vienna, Austria, Bernard Vrijens, MD, chief scientist with AARDEN Group's research and development center in Visé, Belgium, described a study based on a review of the company's electronically recorded drug-dosing histories of 4783 patients prescribed once-daily antihypertensive drug therapy. The data showed that half the patients had stopped their treatment within 1 year and that 50% of those remaining on treatment had occasional, several-day lapses in taking their pills—events that are often undetected with traditional adherence monitoring methods. AARDEN (Zug, Switzerland) manufactures a medication event monitoring system,

which collects real-time dosing data by recording each specific instance a patient opens a pill container.

Also, patients who missed many daily doses were more likely to quit treatment early (either formally or informally) than those taking their medications on schedule. Vrijens said 59% of patients who took more than 90% of their daily medications remained on therapy at 1 year. Only 12% of those taking less than 50% of their daily doses remained on therapy after 1 year.

George Bakris, MD, professor of medicine and the director of the University of Chicago Medical Center's hypertension center, said that while adherence's role controlling blood pressure is well known, the specifics surrounding missed doses has been lacking. Such knowledge could allow

observation, and pill counting (patients will show away medications and report them as consumed) are common, resulting in the late impression the medication dose is ineffective, which leads to prescriptions of more powerful drug therapies, he said.

Electronic monitoring may help physicians gain insight into adherence, but it is not infallible, noted Allen J. Taylor, MD, chief of the cardiology service at Walter Reed Army Medical Center, in Washington, DC. Taylor, who has studied adherence issues (Taylor AJ et al. *JAMA*. 2006;296[11]:1265-1271), said electric monitoring may register when a patient opens a pill container, but that does not mean the medication is taken. "In terms of functionally improving adherence, the pill bottle is not necessarily the solution," Taylor said. □



MEDICAL NEWS & PERSPECTIVES

director of cardiac rehabilitation and preventive cardiology at the University of Vermont College of Medicine, in Burlington.

"You need a pretty high staff-to-patient ratio if you want to do a good job," Ades said. "Hospitals like cardiac rehabilitation because it's a good public relations strategy... but they rarely break even."

Incorporating referral to cardiac rehabilitation into quality measures that affect reimbursement (pay for performance) could help boost referrals, said Ades, who helped write the 1995 guidelines and who is also one of the coauthors of the Surya study.

"In under pressure from the hospital leadership to prescribe aspirin and statins because they get graded on it," he said. "So I think the single most important key is to make referral to cardiac rehabilitation a quality indicator." □



Univ.-Prof. Dr. med.
Ingrid Mülhhauser
Universität Hamburg
Gesundheitswissenschaften

Research Probes Details of Poor Adherence in Antihypertensive Drug Therapy

Mike Mika

A UNIQUE DATA SET IS PROVIDING researchers with some clues

which collects real-time dosing data by recording each specific instance a patient opens a pill container.

"There is a difference between pro-

physicians to intervene in dosing strategies more successfully, if electronic monitoring reveals, for example, that a person is missing his or her evening

50% der Patienten nehmen nach einem Jahr das Medikament gar nicht mehr. Vom Rest nehmen die Hälfte die Medikamente unregelmäßig.

pany's electronically recorded drug dosing histories of 4783 patients prescribed once-daily antihypertensive drug therapy. The data showed that half the patients had stopped their treatment within 1 year and that 50% of those remaining on treatment had occasional, several-day lapses in taking their pills—even those that are often undetected with traditional adherence monitoring methods. AARDEX (Zug, Switzerland) manufactures a medication event monitoring system.

2128 JAMA, November 14, 2007...Vol 298, No. 18 Reprinted

than 90% of their daily medications remained on therapy at 1 year. Only 12% of those taking less than 50% of their daily doses remained on therapy after 1 year.

George Bakris, MD, professor of medicine and the director of the University of Chicago Medical Center's hypertension center, said that while adherence's role controlling blood pressure is well known, the specifics surrounding missed doses has been lacking. Such knowledge could allow

Allen J. Taylor, MD, chief of the cardiology service at Walter Reed Army Medical Center, in Washington, DC. Taylor, who has studied adherence issues (Taylor AJ et al. JAMA. 2006;296[21]:2563-2571), said electric monitoring may register when a patient opens a pill container, but that does not mean the medication is taken. "In terms of functionally improving adherence, the pill bottle is not necessarily the solution," Taylor said. □

©2007 American Medical Association. All rights reserved.



Univ.-Prof. Dr. med. Ingrid Mülhhauser
Universität Hamburg
Gesundheitswissenschaften



ORIGINAL INVESTIGATION

Physician Communication When Prescribing New Medications

Derjung M. Tarn, MD, PhD; John Heritage, PhD; Debora A. Paterniti, PhD; Ron D. Hays, PhD; Richard L. Kravitz, MD, MSPH; Neil S. Wenger, MD, MPH

Die ärztliche Kommunikation bleibt auch schlecht

Nur in 34% wie lange, nur in 55% wie viel und wann das Medikament genommen werden soll.

Methods: This was an observational study that combined patient and physician surveys with transcribed audiotaped office visits from 185 outpatient encounters with 16 family physicians, 18 internists, and 11 cardiologists in 2 Sacramento, Calif, health care systems between January and November 1999, in which 243 new medications were prescribed. We measured the quality of physician communication when prescribing new medications.

Results: Physicians stated the specific medication name

ations. They counseled the most about psychiatric medications, fulfilling a mean of 3.7, 3.5, and 3.4, pulmonary, and cardiovascular elements, respectively.

Conclusions: When initiating new medications, physicians often fail to communicate critical elements of medication use. This might contribute to misunderstandings about medication directions or necessity and, in turn, lead to patient failure to take medications as directed.

Arch Intern Med. 2006;166:1855-1862

Interventions to Enhance Patient Adherence to Medication Prescriptions: Scientific Review

Heather P. McDonald; Amit X. Garg; R. Brian Haynes

JAMA. 2002;288(22):2868-2879 (doi:10.1001/jama.288.22.2868)

<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/288/22/2868>

Conclusions Current methods of improving medication adherence for chronic health problems are mostly complex, labor-intensive, and not predictably effective. The full benefits of medications cannot be realized at currently achievable levels of adherence; therefore, more studies of innovative approaches to assist patients to follow prescriptions for medications are needed.

JAMA. 2002;288:2868-2879

www.jama.com

2868 JAMA, December 11, 2002—Vol 288, No. 22 (Reprinted)

medizinwissen

HTA-Bericht 08

Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance bzw. Adherence in der Arzneimitteltherapie mit Hinblick auf den Therapieerfolg

Vitali Gorennoi, Matthias P. Schönermark, Anja Hagen

in Kooperation mit

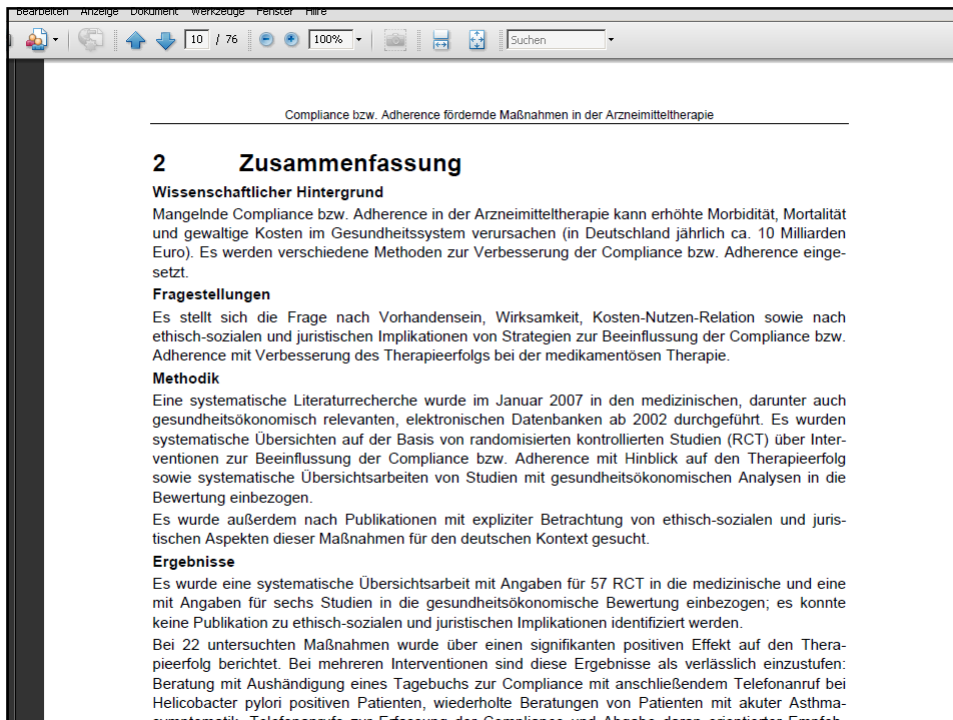
Forschungsinstitut für Gesundheit

DIMDI
deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

DIMDI
deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance bzw. Adherence in der Arzneimitteltherapie mit Hinblick auf den Therapieerfolg

Vitali Gorennoi, Matthias P. Schönermark, Anja Hagen



Diskussion

Viele der berücksichtigten Studien litten an mangelnder Berichts- und Studiendurchführungsqualität. Die Verlässlichkeit der Studienaussagen ist durch die methodischen Mängel eingeschränkt. Die in den gesundheitsökonomischen Studien ermittelten Wirksamkeits- und Kostenschätzer sind nicht auf die aktuelle Situation in Deutschland übertragbar. Es wird diskutiert, dass die Compliance bzw. Adherence fördernden Maßnahmen die Unabhängigkeit und Privatsphäre der Patienten einschränken können.

Schlussfolgerungen

In der Arzneimitteltherapie können Compliance bzw. Adherence fördernde Maßnahmen mit positivem Effekt auf den Therapieerfolg angewendet werden. Die Kosten-Nutzen-Relation dieser Maßnahmen sollte noch untersucht werden. Aus ethischer und sozialer Sicht sind die Patientenunabhängigkeit und -privatsphäre beim Einsatz dieser Interventionen so wenig wie möglich einzuschränken.

Ergebnisse

Es wurde eine systematische Übersichtsarbeit mit Angaben für 57 RCT in die medizinische und eine mit Angaben für sechs Studien in die gesundheitsökonomische Bewertung einbezogen; es konnte keine Publikation zu ethisch-sozialen und juristischen Implikationen identifiziert werden.

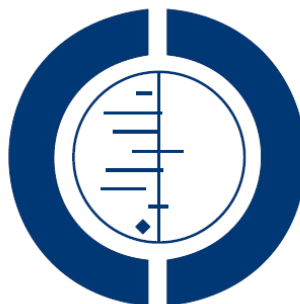
Bei 22 untersuchten Maßnahmen wurde über einen signifikanten positiven Effekt auf den Therapieerfolg berichtet. Bei mehreren Interventionen sind diese Ergebnisse als verlässlich einzustufen: Beratung mit Aushändigung eines Tagebuchs zur Compliance mit anschließendem Telefonanruf bei *Helicobacter pylori* positiven Patienten, wiederholte Beratungen von Patienten mit akuter Asthmasymptomatik, Telefonanrufe zur Erfassung der Compliance und Abgabe daran orientierter Empfehlungen bei der Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen. Dies galt ebenfalls für Anrufe von einem automatischen telefonischen System sowie telefonische Beratung von Diabetikern bei Problemfällen, verschiedene Maßnahmen der Familientherapie einschließlich Beratung und Schulung der Familienangehörigen sowie „kulturell modifizierte Familientherapie“ bei Patienten mit Schizophrenie, ebenso für wiederholte „Compliance Therapie“-Sitzungen bei Patienten mit akuter Psychose.

Bei anderen Interventionen sind die Ergebnisse mit etwas größeren Bedenken (wegen schlechterer methodischer Qualität der zugrunde liegenden Studien) zu betrachten. Die Stärke des Effekts der Maßnahmen ist aus den vorliegenden Informationsquellen nicht abzuschätzen.

Aus den vorliegenden Daten konnten keine zuverlässigen Ergebnisse zur Kosten-Nutzen-Relation dieser Strategien ermittelt werden.

Interventions for enhancing medication adherence (Review)

Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X



**THE COCHRANE
COLLABORATION®**

Main results

For short-term treatments, four of ten interventions reported in nine RCTs showed an effect on both adherence and at least one clinical outcome, while one intervention reported in one RCT significantly improved patient adherence, but did not enhance the clinical outcome. For long-term treatments, 36 of 81 interventions reported in 69 RCTs were associated with improvements in adherence, but only 25 interventions led to improvement in at least one treatment outcome. Almost all of the interventions that were effective for long-term care were complex, including combinations of more convenient care, information, reminders, self-monitoring, reinforcement, counseling, family therapy, psychological therapy, crisis intervention, manual telephone follow-up, and supportive care. Even the most effective interventions did not lead to less engagement in adherence and treatment outcomes.

Even the most effective interventions

did not lead to large improvements in adherence and treatment outcomes.



Figure 2. Non-persistent patients of 25,000 patients receiving (a) the non-adherent therapy, (b) the regimen covering recent studies (2012 or later) (c) patients, and (d) the non-persistent patients of their part: increase coverage for the medication costs. Reproduced with permission from Hooper (2014) et al. (2014)

Strategien zur Verbesserung der Therapietreue bei antihypertensiver Therapie

Strategies to improve adherence with antihypertensive treatment

R. Düsing¹
¹ Medizinische Poliklinik, Universitätsklinikum Bonn

kurzgefasst
Wichtigste Strategie zur Reduktion von Non-Akzeptanz und Non-Persistenz ist eine umfassende, strukturierte und wiederholt stattfindende Schulung des Patienten bezüglich seiner Erkrankung und der verordneten Therapie.



Time Point	Non-Persistenz %
Ausgangspunkt	0
6 Monate	20
1 Jahr	30
2 Jahre	40
3 Jahre	50
4 Jahre	60
5 Jahre	70
6 Jahre	80
7 Jahre	85
8 Jahre	90
9 Jahre	95

Abb. 1 Therapieabbruch (Non-Persistenz) bei der Hypertoniebehandlung. 109454 Patienten mit neu-diagnostizierter Hypertonie. Behandlung überwiegend mit Monotherapie. 1 Patient von 5 (20%) beendet die Therapie innerhalb der ersten 6 Monate, 1 Patient von 2 (50%) nach 3 Jahren [2].



Available online at www.sciencedirect.com



Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 102 (2008) 223-230



Univ.-Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser
Universität Hamburg
Gesundheitswissenschaften



Schwerpunkt

Verbesserung der Therapieergebnisse durch Patientenwissen?

Ingrid Mühlhauser*, Matthias Lenz

Universität Hamburg, MN Fakultät, Gesundheitswissenschaften, Hamburg



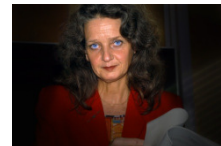
Patienten-Wissen

**muss evidenzbasiert und relevant sein
muss relevantes Handeln ermöglichen
ist Teil von Komplexen Interventionen**

Düsseldorf-Programm versus DCCT (USA)

Intensivierte Insulintherapie bei Typ 1 Diabetes

Univ.-Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser
Universität Hamburg
Gesundheitswissenschaften



DCCT – NEJM 1993

Intervention:

Therapieziel durch Arzt definiert
Diätpläne
Vorgaben/Anpassung der Insulindosis durch das Behandlungsteam
Individuelle Schulung
Häufige Kontakte mit dem Behandlungsteam

Düsseldorf-Programm

Intervention:

Curriculum, 5 Tage,
Gruppenschulung
Patienten bestimmen nach Schulung ihr Therapieziel selbst
Freie Diät
Eigenständige Durchführung der Therapie
Größtmögliche Loslösung von medizinischen Institutionen

Düsseldorf-Programm versus DCCT (USA) Intensivierte Insulintherapie bei Typ 1 Diabetes



DCCT:

Ergebnisse:

Verbesserte
Blutzuckereinstellung
3x höheres Risiko für schwere
Unterzuckerungen
Keine Verbesserung der
Lebensqualität

Düsseldorf-Programm

Ergebnisse:

Verbesserte
Blutzuckereinstellung
Gleichbleibendes oder
niedrigeres Risiko für schwere
Unterzuckerungen
Verbesserung der
Lebensqualität

The British experience in diabetes education (DAFNE)



Simon Heller
University of Sheffield



The Dose Adjustment For Normal Eating (DAFNE) project

BMJ 2002



Stephanie Amiel
Natalie McKeown
Helen Reid
Eileen Turner



Doug Newton



Simon Heller
Sue Beveridge
Carla Gianfrancesco
Val Scott
Carolyn Taylor



Lynda Newton



Sue Roberts
Peter James
Lindsay Oliver
Sue Robson
Jackie Rollingson
Gill Thompson
Frances Wright



Clare Bradley
Jane Speight

funded by



Participants' Comments

- '...ability to eat with the family whenever I want to (pizza after cinema).'
- '... taken away the guilt...'
- 'For the first time in 25 years I was able to holiday abroad with a sense of freedom.'
- 'I am now doing a new job which ... I could never have managed before the DAFNE Trial.'
- 'It's given me the real reason for doing blood tests!'
- 'How have I managed to survive before this week?'
- 'Spread the word. It really can make a difference! Thanks!
Why didn't someone think of this earlier!'

Univ.-Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser
Universität Hamburg
Gesundheitswissenschaften



Diabetes mellitus: Wie wichtig ist die Messung der Lebensqualität?

Diabetes mellitus: How important is it to measure the quality of life ?

Das übergeordnete Ziel der Diabetestherapie besteht darin, Menschen mit dieser chronischen Krankheit in die Lage zu versetzen, trotz und mit Diabetes ein normales und erfülltes Leben führen zu können. Leider wird dieses Ziel in der Praxis bislang nicht erreicht. Studien zur Lebensqualität von Diabetikern kommen zu der Schlussfolgerung, dass diese bei Menschen mit Diabetes im Vergleich zu Menschen ohne diese Erkrankung reduziert ist [1]. Dies gilt besonders für Patienten, die bereits Folgeerkrankungen aufweisen und zusätzlich an einer psychischen Erkrankung (z.B. Depression) leiden [2].

Diabetes mellitus: Wie wichtig ist die Messung der Lebensqualität?

Diabetes mellitus: How important is it to measure the quality of life ?

Unterschiedliche Bedeutung für Arzt und Patient

Die Diskussion zeigt auch, dass die Messung der Lebensqualität in der Diabetologie noch immer ein Schattendasein führt. Zudem messen Ärzte und Patienten der Lebensqualität in der Praxis eine ganz unterschiedliche Bedeutung bei, was nicht zuletzt wichtige Quelle für Missverständnisse zwischen Ärzten und Patienten ist. Für Ärzte steht in der Regel

Ärzten und Patienten ist. Für Ärzte steht in der Regel bei der Wahl einer geeigneten Therapieoption die Beurteilung harter Endpunkte, wie der Lebensprognose oder einer relativen Risikoreduktion bezüglich des Auftretens von Folgeerkrankungen, zumeist an erster Stelle. Daneben ist entscheidend, ob und in welchem Ausmaß mögliche unerwünschte Nebenwirkungen auftreten und ob der Patient mit der Therapie zufrieden ist. Die Lebensqualität des Patienten steht häufig erst am Schluss der Überlegungen bei der Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Therapieform. Ganz anders ist die Hierarchie der Entscheidungskriterien bei Patienten: Für sie steht der Erhalt der Lebensqualität im Vordergrund, gefolgt von der Zufriedenheit mit der Therapie im Alltag. Langfristige Abschätzungen einer möglichen Risikoreduktion bezüglich des Auftretens von Folgeerkrankungen oder einer potenziellen Verbesserung der Lebensprognose aufgrund einer bestimmten Therapie sind hingegen nur schwer und sehr abstrakt vorstellbar und daher für den Patienten oft nur sehr eingeschränkt handlungsleitend. Die Erfas-

B. Kutzer¹
¹ Diabetes Zentrum Mergentheim

Diabetes mellitus: Wie wichtig ist die Messung der Lebensqualität?

Diabetes mellitus: How important is it to measure the quality of life?

In den letzten zwei Wochen	5 Die ganze Zeit	4 Die meiste Zeit	3 Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	2 Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	1 Ab und zu	0 Zu keinem Zeitpunkt	
1. ...war ich froh und guter Laune?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Summenscore: 0 (min) – 25 (max)
2. ...habe ich mich ruhig und entspannt geföhlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ...habe ich mich energisch und aktiv geföhlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ein-Faktoren-Lösung (Summation der Score)
4. ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht geföhlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Negative Befindlichkeit Abklärung auf Depression: Summenwert < 13
5. ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verdacht auf Depression und dringende Abklärung: Summenwert < 10

Abb. 4 WHO (Fünf)-Fragebogen zum Wohlbefinden. Quelle: WHO Collaborating Centre in Mental Health, 1998 [19].

Frankreich hat laut US-Rangliste "beste Lebensqualität" - N24.de - Microsoft Internet Explorer bereitgestellt von Klinikum Dortmund

http://www.n24.de/news/newsitem_5728222.html

Suchen auf N24.de

16 11 Uhr
Mi, 28. April 2010

NACHRICHTEN BÖRSE WISSEN TIPPS & SERVICE BILDERSERIEN TV VIDEOS LIVE KOMPAKT

Politik Wirtschaft Panorama Leute Sport Fußball-WM 2010 Sport-Ticker Auto Computer & Technik Wetter

Sie befinden sich in: Nachrichten > Panorama

Frankreich hat laut US-Rangliste "beste Lebensqualität"

Frankreich hat nach einer Rangliste der US-Zeitschrift "International Living" die beste Lebensqualität auf der Welt. Auf die Plätze zwei bis fünf der jährlichen Erhebung kamen Australien, die Schweiz, Deutschland und Neuseeland. Die Herausgeberin der Zeitung, die sich speziell an Auswanderer richtet, Jackie Flynn, lobte das genießerische Leben in Frankreich, das an kleinen Details auszumachen sei. Als Beispiel nannte sie die Blumenkästen an den Fenstern, die charmanten Terrassen der Cafés und die sauberen Straßen.

Die Vereinigten Staaten rutschten im Vergleich zum Vorjahr vom vierten auf den siebten Platz. Die Kosten, um am amerikanischen Traum teilzunehmen, seien für viele außer Reichweite geraten, hieß es zur Begründung. Für die Erhebung wertete die Zeitschrift unter anderem nationale und internationale Statistiken aus.



Café an französischem Strand - Frankreich hat nach einer Rangliste der US-Zeitschrift "International Living" die beste Lebensqualität auf der Welt. Auf die Plätze zwei bis fünf der jährlichen Erhebung kamen Australien, die Schweiz, Deutschland und Neuseeland. (Archivfoto)

Start Posteingang - Microsoft ... Frankreich hat laut U...

16:11

„Therapietreue“ als moderne semantische Variante impliziert üblicherweise „compliance“. Das Wort Compliance (englisch *Befolgung*) bezeichnet die Einhaltung von Verhaltensmaßregeln, Gesetzen und Richtlinien durch Patienten, (...), ein Maß für die Dehnbarkeit von Körperstrukturen,

In der Organmedizin steht die naturwissenschaftlich begründete Reparatur der Körpermaschine des Patienten ganz im Vordergrund des Interesses

Diabetologie versteht sich vornehmlich als Teil dieser naturwissenschaftlich begründeten Medizin. Claire Bradley, eine englische Psychologin hat nach der Beobachtung von Diabetologenkongressen einen Humunculus gezeichnet, der die Bewertung durch Ärzte schlagartig visualisiert:



In diesem Homunculus kommt die sog. „Lebensqualität“ des Patienten nicht vor. Entsprechend spärlich sind die Forschungsaktivitäten und –ergebnisse auf diesem Gebiet. „Therapietreue“ wird vom Patienten erwartet, damit die Handlungsanweisungen des Arztes ihre Effizienz realisieren können. Entsprechend wird folgerichtig von „Therapiezielen“ (die der Arzt definiert) gesprochen. Therapeuten die in diesem Paradigma arbeiten reden charakteristischerweise von „meinen“ Patienten, die Denkstilgruppe von „unseren Patienten“ Alternative Versuche, das Arzt – Patienten – Verhältnis zu definieren, finden sich in manchen Publikationen („informed consent“ etc.) führen aber in der Praxis ein Schattendasein.

Lebensqualität und Therapietreue scheitern häufig an banalen Problemen:



Ein Beispiel.

Viele ältere Patienten leiden an einem hirnorganischen Psychosyndrom. Hierdurch wird der mittlerweile übliche häufige Präparatewechsel aus ökonomischen Zwängen zur Ursache dauernder Verwirrung.

Ein zweites:

Patienten mit Fuß – Läsionen leiden grundsätzlich an einer Nervenstörung. Diese bedingt in anthropologischer Perspektive: **LEIBESINSELSCHWUND**“. Durch Änderung der anthropologischen Matrix wird der Versuch eine sichere Druckentlastung des Fusses sicherzustellen zur Aporie. Aporien induzieren beim Versuch ihrer Lösung Aggression oder Resignation. Wird die eine oder die andere Variante an den Patienten ausagiert, leidet die Lebensqualität,
Therapietreue wandelt sich in „Als-ob-Medizin“.

Lösungsmöglichkeiten:

1. Wie bei allen chronischen Erkrankungen und ihrer Therapie steht die „Auftragsklärung“ am Anfang (und wird realiter kategorisch verpasst)
(i.e.: S.DeShazer: Patientenstatus: Kunde, Klagender, Besucher)
2. Das Hirnorganische Psychosyndrom müsste durch psychopathologische Kompetenz diagnostiziert werden können
(Dann böte das geriatrisch Fachgebiet ggf. Tools der Therapie)
3. „Leibesinselschwund“ müsste nach der neurologischen Diagnostik auch anthropologisch richtig bewertet werden können.
(Dann könnte das Problem der Druckentlastung rational und affektfrei angegangen werden)
4. Im klassischen Setting bleiben eigentlich nur 2 Möglichkeiten:
 - a. Anreizsysteme
 - b. Zwangssysteme
5. BEIDE erfordern die Kontrolle der Einhaltung ... die Konsequenzen können bequem bei Juli Zeh in ihrem Roman „Corpus delicti“ nachgelesen werden ...

