

# Mit dem Arzt auf gleicher Augenhöhe



Christiane Bieber

**Am Beispiel von Fibromyalgiepatientinnen wird dargelegt, wie sowohl Patientinnen als auch Ärzte von einem partizipativen Behandlungsstil profitieren können. Das Arzt-Patient-Verhältnis wird von beiden Interaktionspartnern als deutlich besser bewertet. Eine wichtige Rolle bei der Partizipativen Entscheidungsfindung spielen die kommunikativen Fähigkeiten sowie die Vermittlung von Informationen.**

**Christiane Bieber**

Patienten mit chronischen Schmerzen sind oft unzufrieden mit ihren medizinischen Behandlern und stehen ihrerseits bei Ärzten im Ruf, «schwierige Patienten» zu sein. Besonders deutlich können diese Interaktionsschwierigkeiten beim Fibromyalgiesyndrom (FMS) beobachtet werden. Diese chronische generalisierte, schwer zu beeinflussende Schmerzerkrankung betrifft häufig den gesamten Bewegungsapparat und geht mit weiteren funktionellen und vegetativen Begleitbeschwerden einher. Psychologische Belastungen können eine Schmerzeskalation begünstigen. Lediglich lindernde Behandlungsansätze sind möglich, die von Patienten jedoch häufig als unzureichend empfunden werden.

FMS-Patienten erleben oft Skepsis, Zurückweisung und wenig Verständnis von ihren Behandlern [1–3]. Dies begünstigt dysfunktionelle Verarbeitungsmuster wie zum Beispiel depressiven Rückzug, Neigung zum Katastrophisieren oder aber übermäßige Versorgungswünsche. Behandlungsziele von

Ärzten und FMS-Patienten sind häufig nicht deckungsgleich [4], was zu weiteren Konflikten führen kann [5]. Von ihren Behandlern werden FMS-Patienten oft als zeitaufwendig und zermürend beschrieben, und sie lösen schnell Gefühle von Frustration, Hilflosigkeit und persönlichem Versagen aus [6].

## **Kommunikationstraining für Ärzte**

Der Versuch, diese Interaktionsproblematik durch einen partizipativen, patientenzentrierten Behandlungsansatz zu verbessern, erschien daher lohnend. Die Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) stellt einen transparenten Informations- und Aushandlungsprozess zwischen Arzt und Patient dar. Ziel ist, auf der Basis medizinischer Evidenz eine für den jeweiligen Patienten bestmögliche Behandlung zu vereinbaren.

Im Rahmen eines Modellprojekts im BMG-Förderschwerpunkt «Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess» wurde an der Heidelberger Universitätsklinik eine randomisierte kontrollierte Studie zu Effekten von PEF mit FMS-Patientinnen durchgeführt [7]. Die Forschenden entwickelten dabei Massnahmen, um die Umsetzung von PEF sowohl auf Ärzteseite als auch auf Patientenseite zu fördern.

Für die Patientenseite liess sich PEF durch den Zugang zu einem medizinisch gut aufbereiteten computerbasierten Informationsprogramm über FMS umsetzen [8]<sup>1</sup>. Das Informationsprogramm wurde in Übereinstimmung mit Discern-Kriterien<sup>2</sup> erstellt [9]

1 [www.fibro-heidelberg.de](http://www.fibro-heidelberg.de)

2 [www.discern.de](http://www.discern.de)

und von AFGIS (Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem)<sup>3</sup> zertifiziert.

Ärzte durchliefen ein spezielles zwölfstündiges PEF-Kommunikationstraining. Das Training beinhaltete ausser der Vermittlung allgemeiner Kommunikationstechniken zum Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung insbesondere das Einüben aller acht praktischen Umsetzungsschritte der PEF [10, 11]. Dazu gehört zum Beispiel, verschiedene Behandlungsoptionen patientengerecht darzustellen, aber auch den Informationsbedarf und den Beteiligungswunsch explizit zu erfragen. Wichtig ist ebenfalls das Eingehen auf individuelle Erwartungen und Befürchtungen. Die praktische Umsetzung des PEF-Ansatzes wurde unter anderem in Rollenspielen einstudiert.

### Fragebögen und qualitative Interviews

Insgesamt wurden 133 ambulante FMS-Patientinnen (95% Frauen) in die dreiarmlige Studie eingeschlossen, die an Rheumaambulanzen der Universität sowie in Praxen niedergelassener Rheumatologen durchgeführt wurde (siehe *Abbildung 1*).

- Die PEF-Gruppe wurde von PEF-kommunikationsgeschulten Ärzten behandelt und erhielt Zugang zum Informationsprogramm
- Die Informationsgruppe sah nur das Informationsprogramm
- Die Kontrollgruppe erhielt keinerlei zusätzliche Intervention.

Die Patientinnen aller drei Gruppen bekamen die gleichen evidenzbasierten Therapiemassnahmen zur Behandlung des FMS angeboten [12].

Die Patientinnen wurden unmittelbar nach dem ersten Ambulanztermin (T1), drei Monate später (T2) sowie ein Jahr später (T3) mit Fragebögen und in qualitativen Interviews befragt. Die behandelnden Ärzte füllten ebenfalls Fragebögen und Gesprächsprotokolle aus. Vor dem Hintergrund der geschilderten Interaktionsschwierigkeiten interessierte die Forschenden besonders, wie Patienten die Qualität der Arzt-Patient-Interaktion (FAPI) einschätzen. Die Verfasser der Studie erfragten aber auch die Sicht der Ärzte zu diesem Aspekt. Ausserdem un-

tersuchten sie, wie zufrieden die Patientinnen mit der Entscheidung waren und erfassten das Ausmass ihres Entscheidungskonflikts. Die qualitativen Interviews beinhalteten weitere Patienteneinschätzungen, zum Beispiel zur wahrgenommenen Beteiligung, der Beur-

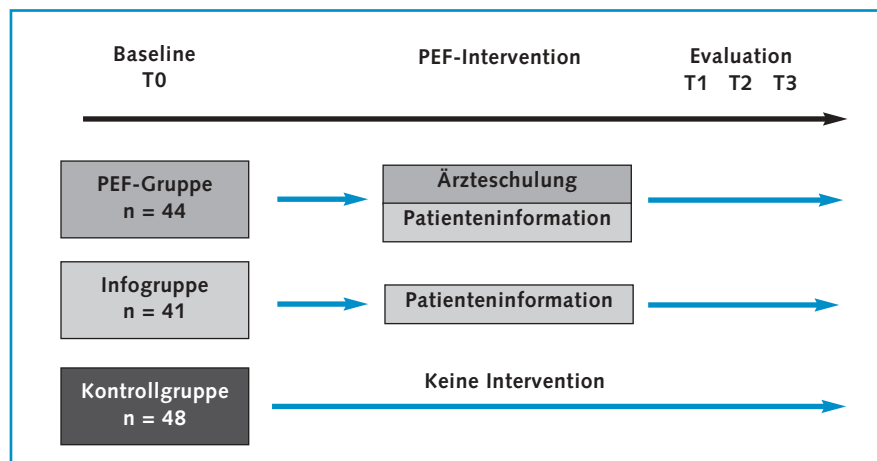


Abbildung 1: Design des PEF-Modellprojekts

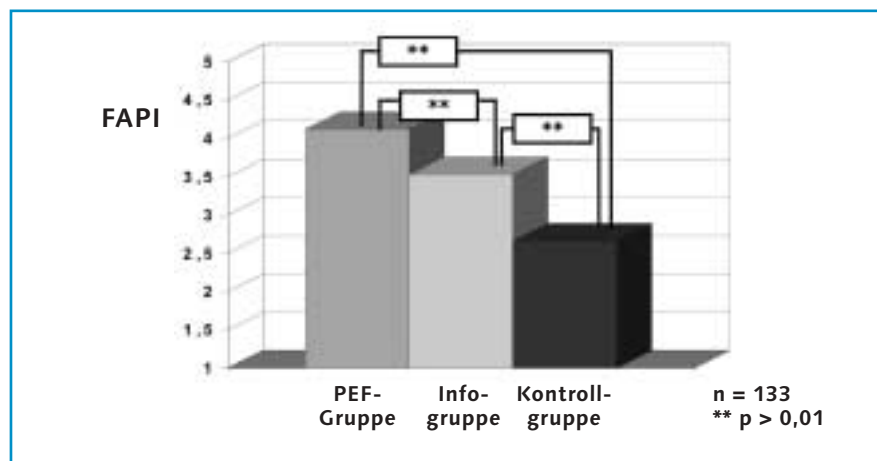


Abbildung 2: Qualität der Arzt-Patient-Interaktion (FAPI) aus Patientensicht zu T1

teilung von PEF und der Krankheitsbewältigung.

### Ergebnisse des PEF-Modellprojekts

Als wichtigstes Ergebnis zeigte sich, dass Patientinnen der PEF-Gruppe die Qualität der Arzt-Patient-Interaktion bereits unmittelbar nach dem Gespräch und auch in den Katamneseerhebungen (Folgekontakten) als deutlich besser beurteilten als die Patientinnen der anderen beiden Gruppen (siehe *Abbildung 2*). Aber auch in der Informationsgruppe war die Zufriedenheit besser als in

<sup>3</sup> www.afgis.de

der Kontrollgruppe. Patientinnen der PEF- und der Informationsgruppe zeigten beide eine höhere Zufriedenheit mit den getroffenen Entscheidungen und geringere Entscheidungskonflikte im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Die Befragung der Ärzte ergab, dass die PEF-Ärzte den Kontakt zu ihren Patientinnen als am wenigsten schwierig einschätzten. Hingegen gaben die nicht PEF-geschulten Ärzte der Informationsgruppe und der Kontrollgruppe deutliche Interaktionsschwierigkeiten an.

In den qualitativen Interviews gaben 95 Prozent der Patientinnen der PEF-Gruppe und nur 40 Prozent der Patientinnen der Informationsgruppe rückblickend an, sie hätten sich an der Therapieentscheidung beteiligt gefühlt. Patientinnen der PEF-Gruppe beurteilten die gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Arzt zu 88 Prozent positiv, und nur 3 Prozent fühlten sich überfordert. Nach einem Jahr erklärten 62 Prozent der PEF-Patientinnen und nur 29 Prozent der Informationspatientinnen, einen besseren Umgang mit den Schmerzen gefunden zu haben. Bei den gewählten Behandlungsmassnahmen zeigte sich, dass die gut informierten Patientinnen der PEF- und der Informationsgruppe deutlich häufiger zu Aktivitäten wie Sport und Gymnastik bereit waren (80% versus 20%). Auch die Bereitschaft für psychotherapeutische Behandlungsmassnahmen fiel in diesen beiden Gruppen höher aus als in der Kontrollgruppe (25% versus 6%).

### Bedeutung für die Praxis

Die Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass sowohl FMS-Patientinnen als auch ihre Ärzte von einem partizipativen Behandlungsstil profitieren können.

Dies zeigte sich zum einen an den deutlich besseren Bewertungen der Arzt-Patient-Interaktionen durch die Patientinnen der PEF-Gruppe. Ausserdem erlebten auch die PEF-geschulten Ärzte langfristig weniger Schwierigkeiten im Umgang mit den FMS-Patientinnen. Diese Verbesserungen dürften auch auf die neu gewonnenen kommunikativen Fertigkeiten auf Arztseite zurückzuführen sein. Die Ärzte hatten während des PEF-Trainings gelernt, ihre Patientinnen besser mit einzubeziehen und auf individuelle

Erwartungen einzugehen, sodass es offenbar zu weniger Spannungen und Missverständnissen kam.

Bereits der Wissenszuwachs der Patientinnen durch das computerbasierte Informationsprogramm wirkte sich positiv auf die Interaktion aus. Realistische Therapieerwartungen erleichterten eine partnerschaftliche Kommunikation auf «gleicher Augenhöhe» mit dem Arzt.

Die Informationsmassnahme für Patientinnen war geeignet, diesen mehr Sicherheit bei der Behandlung zu vermitteln. Die besten Ergebnisse konnten allerdings nur erreicht werden, wenn die informierten Patientinnen zusätzlich von speziell in PEF geschulten Ärzten behandelt wurden.

Die Ergebnisse aus den qualitativen Interviews weisen darauf hin, dass eine Beteiligung der Patientinnen in den meisten Fällen möglich war und von diesen positiv aufgenommen wurde. Waren die Ärzte nicht speziell in PEF geschult, gelang eine Patientenbeteiligung wesentlich seltener.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass PEF für Ärzte in Trainings erlernbar ist, von zahlreichen FMS-Patientinnen begrüsst wird und zu positiven Effekten bei beiden Interaktionspartnern führt.

### Dr. med. Christiane Bieber

Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Im Neuenheimer Feld 410  
D-69120 Heidelberg  
Christiane.Bieber@med.uni-heidelberg.de

### Literatur:

1. Werner A, Malterud K (2003) It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. *Soc Sci Med* 57: 1409–1419.
2. Asbring P, Narvanen AL (2003) Ideal versus reality: physicians perspectives on patients with chronic fatigue syndrome (CFS) and fibromyalgia. *Soc Sci Med* 57: 711–720.
3. Asbring P, Narvanen AL (2002) Women's experiences of stigma in relation to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Qualitative Health Research* 12: 148–160.
4. Potts MK, Silverman SL (1990) The importance of aspects of treatment for fibromyalgia (fibrositis). Differences between patient and physician views. *Arthritis Care Res* 3: 11–18.
5. Serber ER, Cronan TA, Walen HR (2003) Predictors of patient satisfaction and health care

costs for patients with fibromyalgia. *Psychology and Health* 18: 771–787.

6. Walker EA, Katon WJ, Keegan D, Gardner G, Sullivan AF (1997) Predictors of physician frustration in the care of patients with rheumatological complaints. *Gen Hosp Psychiatry* 19: 315–323.

7. Bieber C, Müller KG, Blumenstiel K, Schneider A, Richter A, Wilke S, Hartmann M, Eich W (2006) Long-term effects of a Shared Decision Making intervention on physician-patient interaction and outcome in fibromyalgia. A qualitative and quantitative one year follow-up of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 63: 357–366.

8. Hochlehnert A, Richter A, Bludau HB, Bieber C, Blumenstiel K, Mueller K, Wilke S, Eich W (2006) A computer-based information-tool for chronic pain patients. Computerized information to support the process of shared decision-making. *Patient Educ Couns* 61: 92–98.

9. Charnock D, Shepperd S, Needham G, Gann R (1999) DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *Journal of Epidemiology and Community Health* 53: 105–111.

10. Towle A, Godolphin W (1999) Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ* 319: 766–771.

11. Elwyn GJ, Edwards A, Kinnersley P, Grol R (2000) Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract* 50: 892–899.

12. Bieber C, Müller KG, Blumenstiel K, Schuller-Roma B, Richter A, Hochlehnert A, Wilke S, Eich W (2004) Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) mit chronischen Schmerzpatienten – Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 47: 985–991.