

Angelika Richter

Dr.sc.hum.

## **Die Erfassung der Effekte Partizipativer Entscheidungsfindung bei der Behandlung chronischer Schmerzpatienten (Fibromyalgie). Eine qualitative Studie.**

Geboren am 29.09.1961 in Bad Homburg vor der Höhe

Diplom der Fachrichtung Psychologie am 16.05.1994 an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main

Promotionsfach: Klinische Psychosomatik

Doktorvater: Prof. Dr. med. Wolfgang Eich

Das Ziel der Untersuchung war es, die Effekte der „Partizipativen Entscheidungsfindung“ (PEF, Original in Englisch: „shared decision making“) bei der Behandlung chronischer Schmerzpatienten unter Einsatz qualitativer Methoden zu erfassen. Dazu wurden zwei randomisierte Patientengruppen mit Fibromyalgiesyndrom (FMS) untersucht.

Das FMS ist eine chronische generalisierte Schmerzerkrankung deren Ursache letztlich noch ungeklärt ist. Für die Behandlung stehen bewegungstherapeutische, medikamentöse und psychologische Verfahren zur Verfügung, die bei der Behandlung häufig miteinander kombiniert werden.

Die Randomisierung der Patienten erfolgte in die Untersuchungsgruppe 1 (UG1 mit PEF) und in die Untersuchungsgruppe 2 (UG2 mit einer Standardbehandlung). Beide Patientengruppen mit FMS wurden über ein Jahr hinweg behandelt und wissenschaftlich begleitet. Die Patienten der UG1 (N=34) nahmen mindestens drei Arzttermine wahr (zu Beginn = t1, nach drei Monaten = t2, und in der Katamnese nach einem Jahr = t3) und wurden an zwei Terminen (zu t2 u. zu t3) interviewt. Die Patienten der UG2 (N=14) hatten zwei Arzttermine (zu t1 u. zu t2) und wurden ebenfalls zwei Mal (zu t2 u. zu t3) interviewt. Alle Kontakte wurden in speziell erstellten Protokollbögen festgehalten. Die Protokolle wurden transkribiert und nach einer Kombination der inhaltsanalytischen Methoden der „Grounded Theory“ (Glaser u. Strauss 1998, Strauss u. Corbin 1996), der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ nach Mayring (2000) und der „Verstehenden Strukturanalyse“ nach Gerhardt (1995) ausgewertet.

Bezogen auf die Forschungsfrage 1 konnten wir zeigen, dass die Schulung des Arztes mit einem Kommunikationstraining für PEF wesentlich zu einer Verbesserung des Arzt-Patient-Verhältnisses und zu einer gemeinsamen Entscheidung beiträgt. Dies zeigte sich in einer

höheren Patientenzufriedenheit und einer positiveren Bewertung der Patientenkontakte durch die Ärzte.

Hinsichtlich der Forschungsfrage 2 wurde deutlich, dass die Information mit gleichzeitiger verbaler Rückkopplung und Aufklärung durch den Arzt (PEF und Information am Computer) zu größerer Akzeptanz und besserer Verarbeitung der Inhalte als alleinige Information (Standardbehandlung mit Information am Computer) führt. Dies zeigte sich in den sehr viel ausführlicheren Angaben der Patienten der UG1 zu ihrem Behandlungsverlauf, der Tatsache, dass sie ihren Umgang zu einem höheren Prozentsatz änderten als die Patienten der UG2 und der höheren Zufriedenheit mit der Behandlung in der Katamnese.

In Bezug auf die Forschungsfrage 3 konnten wir nicht generell bestätigen, dass in der Untersuchungsgruppe, die Informationsrückkopplung und Prozessbegleitung durch für PEF geschulte Ärzte erhielt, das Therapie-Outcome ((Lebensqualität, Beschwerdebild) positiver ausfällt als in der Vergleichsgruppe. Durch Subgruppenbildung erhielten wir jedoch differenziertere Ergebnisse. Ausschließlich bei den Patienten der Untersuchungsgruppe 1 kam es in 11.8% der Fälle zu einer Besserung der Beschwerden. Auch gaben mehr Patienten der UG 1 als der UG 2 an, dass sich ihr Umgang mit der Erkrankung verbessert habe und sie jetzt besser mit ihren Beschwerden umgehen könnten.

Die Forschungsfrage 4 betreffend, konnten Patiententypen identifiziert werden, die sich nach Behandlungs- und Arztzufriedenheit unterschieden. Diese Typen werden im Ergebnisteil dargestellt. Anhand der Typologie ließen sich Annahmen über förderliche und/ oder hinderliche Bedingungen auf Seiten der Patienten für Therapieprozesse mit chronischen Schmerzpatienten (FMS) formulieren.

Als entscheidend für den Behandlungserfolg erwiesen sich eine realistische Erwartung an die Behandlung, ein eher geringer Wiedergutmachtungswunsch, die Fähigkeit, eine gute und tragfähige Beziehung zum Arzt aufzubauen, die Verantwortungsübernahme für die Mitwirkung an der Behandlung und den Umgang mit der Symptomatik sowie eine aktive Beziehungsgestaltung. Dabei kann eine vertrauensvolle Beziehung zum Arzt das Selbstvertrauen stärken und die Selbstwirksamkeit erhöhen. Als zentral bedeutsam kann die Fähigkeit zu aktiver Beziehungsgestaltung betrachtet werden. Gelingt es, eine tragfähige Beziehung zu etablieren, dann sind auch solche Patienten dazu in der Lage Zufriedenheit zu erreichen, bei denen die Symptome zwar nicht besser werden, die aber lernen, ihr Leben erträglicher zu gestalten.

Abträgliche Faktoren für die Behandlung waren Wiedergutmachtungswünsche, die Idealisierung des Arztes, eine zu große Hoffnung auf Behandlungserfolg, die notwendig zu

Enttäuschungen und zu erneuter Suche nach einer geeigneten Behandlung führt und eine passive Heilungserwartung. Daher sollten zu hoch erscheinende Erwartungen von Patienten von Beginn an gedämpft werden. Im Verlauf einer Behandlung sollten die Erwartungen der Patienten wiederholt thematisiert werden und die möglichen Enttäuschungen der Patienten ausgehalten und begleitet werden. Auch sollte von Anfang an Aktivität eingefordert werden. Wenn Patienten passiv bleiben, sollten sie mit ihrem Verhalten konfrontiert werden. Die Patienten können ihre Selbstwirksamkeit im Laufe der Behandlung steigern. Daher sollte Selbstwirksamkeit bei denen initiiert werden, die noch kaum darüber verfügen.