

Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) mit chronischen Schmerzpatienten

Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess

Hintergrund und Fragestellung

Als prägnantestes Beispiel chronischer Schmerzsyndrome wird das Fibromyalgie-Syndrom (FMS) von den meisten Behandlern als besonders schwer beherrschbares Krankheitsbild beschrieben. Die Therapie beschränkt sich auf symptomatische und lindernde Maßnahmen, da eine Heilung dieser chronischen Schmerzkrankung bislang nicht möglich ist [1]. Ein wichtiges Ziel bei der Behandlung von FMS-Patienten ist es, ihre Selbstwirksamkeit zu erhöhen, da gezeigt werden konnte, dass dadurch eine bessere Krankheitsbewältigung erreicht werden kann [2, 3]. Wenn FMS-Patienten zu gut informierten Experten für ihre eigene Erkrankung werden und lernen, ihre Krankheits-symptome selbst zu deuten und zu lindern, erhöht dies ihre Selbstwirksamkeit und reduziert Hilflosigkeit und Frustration. Denn die anhaltenden und auf den ganzen Körper generalisierten Schmerzen am Bewegungsapparat und die Vielzahl vegetativer und funktioneller Begleitbeschwerden [4], deren pathophysiologische Grundlage weitgehend ungeklärt ist, führen häufig zu Frustration und Resignation auf Seiten von Patient

und Behandler. Walker et al. [5] beschrieben, dass sich Somatisierungscharakter und subjektive Unkontrollierbarkeit der Symptome als besonders prädiktiv für eine belastete Arzt-Patienten-Beziehung erweisen. FMS-Patienten berichteten wiederholt über negative Erfahrungen mit dem medizinischen System. So wurde beklagt, dass ihnen im medizinischen Kontext oft mit Unglauben und Skepsis begegnet wurde, sie zurückgewiesen, ignoriert und ihre Beschwerden nicht ernst genommen wurden [6]. Auf Seiten der Patienten scheinen häufig ein Mangel an Informationen über die Erkrankung und überzogene, unrealistische Therapieerwartungen vorzuliegen, die zu einer unbefriedigenden Arzt-Patienten-Beziehung [7] beitragen. Häufige Arztwechsel sowie eine generell hohe Inanspruchnahme des medizinischen Systems [8] verursachen immense Kosten [9]. Obwohl vielen Ärzten durchaus bewusst ist, dass Erwartungen der Patienten bei Therapieentscheidungen berücksichtigt werden sollten, fehlt es ihnen oft an Kommunikationsfertigkeiten, um Wünsche und Erwartungen der Patienten zu erfragen und diese dann in gemeinsame Therapieentscheidungen mit einzubeziehen [10].

Einen möglichen Lösungsansatz für die Herausforderungen bei der Behandlung von FMS-Patienten könnte das Vorgehen nach dem Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) darstellen. PEF beschreibt einen Interaktionsstil zwischen Arzt und Patient, beim dem Behandler ihre Patienten aktiv in medizinische Entscheidungsprozesse mit einbeziehen. Besonders geeignet scheint PEF zu sein, wenn mehrere gleichwertige Therapieoptionen mit unterschiedlichem Nutzen und Risiko zur Wahl stehen und es keine medizinisch einzig richtige Behandlungsmethode gibt [11], wie dies auch beim FMS der Fall ist. Ein wichtiges Kriterium von PEF ist der wechselseitige Informationsaustausch zwischen Arzt und Patient. Der Arzt stellt sein medizinisches Fachwissen zur Verfügung, klärt auf über Therapieoptionen, Risiken, Prognose. Der Patient legt im Gegenzug, ggf. unterstützt durch ärztliche Fragen, Ideen, Befürchtungen, persönliche Präferenzen offen, in die auch sein persönlicher Lebensstil und seine Werte mit einfließen. In einem Aushandlungs- und Einigungsprozess wird dann eine gemeinsame Therapieentscheidung getroffen, und beide Interaktionspartner verständigen sich darauf, diese umzusetzen.

Uns interessierte in diesem Zusammenhang die Frage, inwieweit eine Behandlung im Einklang mit dem PEF-Ansatz die Therapieentscheidungen von FMS-Patienten beeinflussen kann. Insbesondere wollten wir in einem wissenschaftlichen Design die Effekte von Informationsvermittlung allein sowie in Kombination mit einer patientenzentrierten ärztlichen Gesprächsführung auf Art und Anzahl der Therapieentscheidungen überprüfen.

Unsere Hypothese war, dass sich die beiden Interventionsgruppen nach der umfassenden Informationsvermittlung eher für aktive Formen der Behandlung entscheiden würden. Denn sowohl im Informationsprogramm als auch im patientenzentrierten ärztlichen Gespräch wurde darauf eingegangen, dass sich eine eigene aktive Krankheitsbewältigung langfristig günstig auf Prognose und Verlauf der Erkrankung auswirken. Wir vermuteten auch, dass die Berührungängste der Patienten vor psychotherapeutischen Verfahren durch die Elemente der Informationsgabe und durch das Erörtern und Ausräumen möglicher Befürchtungen in der Shared-Decision-Gruppe im Vergleich zur Informationsgruppe gesenkt werden könnten. Dieser Frage gingen wir in der im Folgenden dargestellten Studie nach.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

In einer teilrandomisierten Interventionsstudie wurden die Effekte von PEF bei FMS-Patienten auf Art und Anzahl ihrer Therapieentscheidungen überprüft. Die teilnehmenden Patienten wurden in 3 Gruppen unterteilt.

Übersicht 1
Therapieoptionen beim Fibromyalgie-Syndrom (FMS)
Medikation:
• Schmerzmedikation
• Antidepressivum (Amitriptylin)
Integrierte Gruppentherapie für Fibromyalgie-Patienten (IGTF)
Entspannungstechniken
Sportliche Aktivität und Gymnastik
Physiotherapie

Interventionsgruppe I (IG I=Shared-Decision-Gruppe) hatte Zugang zum Informationsprogramm und wurde zusätzlich von Ärzten behandelt, die das spezielle Kommunikationstraining absolviert hatten. Nach Ansehen des Informationsprogramms bestand für sie die Möglichkeit, Unklarheiten und Fragen erneut mit ihrem Arzt zu klären.

Interventionsgruppe II (IG II=Information-only-Gruppe) hatte nur Zugang zum Informationsprogramm, wurde von „Standardärzten“ behandelt und erhielt nach Ansicht des Informationsprogramms keine Rückkoppelungsmöglichkeit.

Die Vergleichsgruppe (VG) erhielt keines dieser beiden Interventionselemente, sondern wurde von „Standardärzten“ in einer rheumatologischen Praxis und ohne zusätzliche Informationsgabe behandelt.

Allen 3 Gruppen wurden von ihren behandelnden Ärzten die gleichen evidenzbasierten Behandlungsoptionen angeboten [1, 12, 13, 14, 15, 16] (Übersicht 1). Die von den Patienten gewählten Therapieoptionen wurden noch während des Gesprächs von den Ärzten in einem standardisierten Erfassungsbogen dokumentiert. Die Randomisierung für die beiden Interventionsgruppen wurde von einer zentralen Terminvergabestelle vorgenommen. Alle Patienten, die dort telefonisch einen Ersttermin in der Rheuma- und Schmerzambulanz vereinbaren wollten, wurden zunächst gefragt, ob dies wegen chronischer „Weichteilschmerzen“ sei. Bejahten sie dies, so wurden sie gefragt, ob sie bereit seien, sich an einer Studie zu beteiligen und sich auf einen von 2 Behandlungsräumen mit unterschiedlichen Formen der Informationsdarbietung randomisieren zu lassen. Der endgültige Studieneinschluss der randomisierungswilligen Patienten erfolgte dann während des Erstkontaktes, falls die Diagnose FMS gestellt werden konnte, alle Einschlusskriterien erfüllt waren und keine Ausschlusskriterien vorlagen (s. unten). Die Vergleichsgruppe wurde in den rheumatologischen Praxen rekrutiert. Es erschien uns gegenüber den Patienten als nicht vertretbar, Personen mit einer Überweisung an die Universitätsklinik wieder in eine Niedergelassenenpraxis zurückzurandomisieren. Deshalb handelt es sich bei den Patienten, die in den Praxen gesehen wurden, um keine Kontrollgruppe im en-

geren Sinn, sondern lediglich um eine Vergleichsgruppe. Der Antrag wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg zustimmend beurteilt.

Unsere Intervention umfasste die beiden Elemente Informationsvermittlung an Patienten und Schulung der Ärzte mittels Kommunikationstraining, die im Folgenden näher erläutert werden.

Kommunikationstraining

Als Basis für eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient müssen die Ärzte in der Lage sein, eine Interaktionssituation herzustellen, die nicht nur auf Fakten und Informationen ausgerichtet ist, sondern Gelegenheit für die Darstellung der subjektiven Befindlichkeit und Vorstellungen der Patienten und somit zum Aufbau einer tragfähigen Beziehung gibt. Das im Folgenden skizzierte Konzept zur Durchführung von Trainings zur ärztlichen Gesprächsführung hat sich seit Jahren bewährt [17] und besteht aus mehreren Komponenten. Zum einen werden Behandler geschult, den Patienten auch im Hinblick auf Körpersprache, Mimik und nonverbale Äußerungen wahrzunehmen. Zum anderen lernen Behandler, sich selbst sowie die Wirkungen des Patientenverhaltens auf die eigene Person, ihre Antworten und Interventionen bewusst wahrzunehmen und zu analysieren. Diverse Formen der Explorationstechnik und Beziehungsgestaltung werden anhand von Rollenspielen geübt. Wesentliche Komponenten dabei sind: zusammenfassen und widerspiegeln, aktiv den Patienten zur Verbalisierung subjektiver Befindlichkeit, eigener Meinung und Fragen anregen, Einstellungen und Befürchtungen des Patienten erfragen, Pausen zulassen, Einigungsprozesse zusammen mit dem Patienten schrittweise herstellen, selektives Mitteilen der eigenen Wahrnehmung der Interaktionssituation und der darin ggf. enthaltenen Widersprüche z. B. über die therapeutische Zielsetzung und deren reale Möglichkeiten.

Computerbasiertes Informationsprogramm für FMS-Patienten

Um Patienten zu befähigen, als gleichberechtigte Partner mit ihrem Arzt Thera-

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsf - Gesundheitsschutz 2004 · 47:985–991
DOI 10.1007/s00103-004-0914-4
© Springer Medizin Verlag 2004

C. Bieber · K. G. Müller · K. Blumenstiel · B. Schuller-Roma · A. Richter · A. Hochlehnert
S. Wilke · W. Eich

Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) mit chronischen Schmerzpatienten. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess

Zusammenfassung

Das Fibromyalgie-Syndrom (FMS) gilt als besonders schwer beherrschbare chronische Schmerzerkrankung, bei der es häufig zu einer belasteten Arzt-Patienten-Beziehung kommt. Einen möglichen Lösungsansatz für die Herausforderungen bei der Behandlung von FMS-Patienten könnte das Vorgehen nach dem Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) darstellen. Bei diesem medizinischen Konsultationsstil treffen Arzt und Patient nach wechselseitigem Informationsaustausch als gleichberechtigte Partner medizinische Therapieentscheidungen. In der dargestellten Studie wurde überprüft, inwieweit eine Behandlung im Einklang mit PEF die Therapieentscheidungen bei FMS-Patienten beeinflusst. Hierzu wurde ein Kommunikationstraining mit Ärzten durchgeführt, um diese zum Umsetzen von PEF zu befähigen. Für Patienten wurde ein computerba-

siertes Informationsprogramm zu FMS entwickelt. 133 FMS-Patienten wurden in eine 3-armige Interventionsstudie eingeschlossen. Interventionsgruppe I (IG I) wurde von kommunikationsgeschulten Ärzten behandelt und hatte Zugang zum Informationsprogramm. Interventionsgruppe II (IG II) wurde von nicht speziell geschulten Ärzten behandelt, sah aber das Informationsprogramm. Die Vergleichsgruppe (VG) wurde ebenfalls von nicht speziell geschulten Ärzten behandelt und bekam kein Informationsprogramm. Alle 3 Gruppen konnten zwischen den gleichen evidenzbasierten Therapieoptionen wählen. Die Patienten der beiden IG entschieden sich häufiger für das Durchführen sportlicher Aktivitäten und Gymnastik, nahmen häufiger an der Integrierten Gruppentherapie für FMS-Patienten (IGTF) teil und neigten eher zur Einnahme von Analgetika. Diese Effekte

waren in der IG I teilweise noch deutlicher ausgeprägt als in der IG II. Patienten der VG entschieden sich häufiger für die Einnahme von Antidepressiva. Mehr Patienten aus IG I und VG entschieden sich für Entspannungsverfahren als in IG II. Die Patienten der beiden IG wählten deutlich mehr Therapieoptionen als die Patienten der VG. PEF und hierbei insbesondere das Element der medizinischen Informationsvermittlung erhöhen die Behandlungsbereitschaft bei FMS-Patienten. Insbesondere die Bereitschaft zu sportlicher Aktivität, zu Analgetikaeinnahme sowie für psychotherapeutische Elemente steigt.

Schlüsselwörter

Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) · Arzt-Patienten-Beziehung · Chronischer Schmerz · Fibromyalgie-Syndrom (FMS)

Shared Decision Making (SDM) with chronic pain patients. The patient as a partner in the medical decision making process

Abstract

Fibromyalgia syndrome (FMS) is an exemplary condition of chronic widespread pain that is difficult to control and often leads to frustration and resignation on the part of both the patient and the doctor. Shared decision making (SDM) could be a means to facilitate doctor-patient interaction and might therefore influence therapeutic decisions taken. We conducted a prospective study to evaluate the effects of SDM with FMS patients. We developed a communication training program for physicians and a computer-based information tool on FMS for patients. The study included 133 FMS patients. Intervention group I (IG I) was treated by commu-

nication-trained doctors and had access to a computer-based information tool on FMS, intervention group II (IG II) was treated by standard doctors and received the information tool, and the control group (CG) was treated by standard doctors and got no additional information. All three groups were offered the same evidence-based treatment options for FMS. Patients of the IGs were more willing to become involved in exercise, to enroll in integrated group therapy for FMS patients (IGTF), and to take analgesics. Patients of the CG preferred antidepressants. More patients from IG II and CG opted for relaxation techniques. Patients in

IG I and IG II choose significantly more therapeutic options than patients in the CG. SDM is one means to increase FMS patients' readiness for treatment. Especially the element of providing sufficient medical information seems to account for this effect. The readiness to enroll in physical activities, to take analgesics, and to participate in psychotherapeutic elements was most likely to be raised through SDM.

Keywords

Shared decision making (SDM) · Doctor-patient interaction · Chronic pain · Fibromyalgia syndrome (FMS)

Tabelle 1

Stichprobe			
	IG 1	IG 2	VG
N	44	41	48
Alter in Jahren, MW (SD)	49,5 (11,3)	50,4 (8,8)	51,1 (8,3)
Geschlecht weiblich n (%)	41 (93,2)	37 (90,2)	46 (95,8)
Berufliche Situation n (%)			
• Berufstätig (Voll- oder Teilzeit)	21 (48,7)	19 (46,3)	27 (56,3)
• Arbeitslos	7 (15,9)	7 (17,1)	7 (14,6)
• Hausfrau, -mann	7 (15,9)	8 (19,5)	5 (10,4)
• Berentet, pensioniert	7 (15,9)	7 (17,1)	6 (12,5)
• Keine Angabe	2 (4,6)	0	3 (6,3)
Familienstand n (%)			
• Ledig	5 (11,4)	3 (7,3)	4 (8,3)
• Verheiratet	31 (70,5)	21 (51,2)	35 (72,9)
• Geschieden/getrennt lebend	7 (15,9)	14 (34,2)	6 (12,5)
• Verwitwet	1 (2,3)	3 (7,3)	2 (4,2)
• Keine Angabe	0	0	1 (2,1)

IG Interventionsgruppe; VG Vergleichsgruppe

Tabelle 2

Patientencharakteristika			
	MW (SD)		
	IG 1	IG 2	VG
N	44	41	48
Schmerzintensität (typ. Schmerz, VAS)	6,4 (1,6)	6,0 (2,0)	5,9 (1,5)
Schmerzintensität (max. Schmerz, VAS)	8,5 (1,3)	8,8 (1,4)	8,1 (1,4) ^a
Depressivität CES-D	21,6 (9,7)	22,2 (9,4)	18,7 (6,6) ^a
Selbstwirksamkeit (ASES-D)	4,5 (1,4)	4,3 (1,8)	4,5 (1,9)
Somatisierung (SCL-90)	1,8 (0,7)	1,9 (0,8)	1,7 (0,8)
Lebensqualität (SF-12) KSK	31,4 (7,1)	30,5 (7,6)	30,2 (9,0)
Lebensqualität (SF-12) PSK	38,8 (11,9)	36,9 (11,3)	41,7 (10,9)
Funktionskapazität (FFbH)	67,8 (17,7)	63,7 (18,7)	68,9 (18,3)

^a $p < 0,05$ (T-Test, Vergleich von VG mit IG 1 oder IG 2)

VAS visuelle Schmerzanalogskala; CES-D Center for Epidemiological Studies Depression Scale; ASES-D Arthritis Self-Efficacy Scale; SCL-90 Somatisierungsskala der Symptom Check List; SF-12 Fragebogen zur subjektiven gesundheitlichen Lebensqualität; KSK körperliche Summenskala, PSK psychische Summenskala; FFbH Funktionsfragebogen Hannover

pieentscheidungen in Bezug auf ihr FMS zu treffen, sollten diese Zugang zu medizinischem Fachwissen über ihre Erkrankung haben. Deshalb entwickelten wir ein computerbasiertes Informationsprogramm für FMS-Patienten, das die Bereiche Symptome, Diagnosestellung, Pathogenese, Behandlungsmöglichkeiten mit erwarteten Effekten, unerwünschten Wirkungen und jeweiligen Vor- und Nachteilen sowie die Prognose behandelt. In dem Computerprogramm sind neben Textpas-

sagen auch Bilder, Diagramme und kurze Videosequenzen enthalten, um die Informationen zu veranschaulichen und leichter verständlich zu gestalten. Das Informationsprogramm wurde in Übereinstimmung mit den Discern-Kriterien erstellt und von AFGIS zertifiziert.

Patienten

Die Studie wurde in der Rheuma- und Schmerzambulanz der Medizinischen Uni-

versitätsklinik Heidelberg sowie in den Praxen niedergelassener Rheumatologen durchgeführt. 133 Patienten, die die Kriterien des American College of Rheumatology für die Diagnose einer Fibromyalgie [4] erfüllten, zwischen 18 und 70 Jahren waren und ausreichende Deutschkenntnisse besaßen, wurden eingeschlossen (Einschlusskriterien). Ausschlusskriterien waren zusätzliche entzündlich rheumatische Erkrankungen und schwere somatische oder psychische Komorbiditäten. Die beiden Interventionsgruppen wurden dabei in der Rheuma- und Schmerzambulanz der Medizinischen Universitätsklinik gesehen und konnten noch vor dem Erstkontakt auf einen der beiden Interventionsarme randomisiert werden. Die Patienten der Vergleichsgruppe wurden in den Praxen niedergelassener Rheumatologen rekrutiert.

Stichprobengröße

Die Planung des Stichprobenumfangs orientierte sich an den zu prüfenden Hypothesen und geplanten Auswertungsmethoden. Für das Zielkriterium Wahl der Therapieoptionen erwarteten wir mittlere Effektstärken von 0,30. Nach Bortz (1999) ergibt sich daraus für eine einfaktorische Varianzanalyse mit 2 Freiheitsgraden bei einem Signifikanzniveau von 0,05 und einer Teststärke von 0,80 ein optimaler Stichprobenumfang von $n=36$ pro Gruppe. Es sollen daher 40 Patienten pro Gruppe bei einem voraussichtlich verwertbaren Datensatz von 90% eingeschlossen werden. Diese Stichprobengröße ist auch für die Prüfung der Nebenhypothesen ausreichend.

Datenerhebung

Nach Diagnosestellung und schriftlicher Einwilligung der Patienten zur Studienteilnahme wurden die Therapieentscheidungen der Patienten durch die Ambulanz- und Praxisärzte nach einem standardisierten Verfahren protokolliert. Patienten füllten nach dem Erstkontakt Fragebögen aus, mit denen soziodemographische (Alter, Geschlecht, Familienstand, berufliche Situation) und krankheitsspezifische Größen (Datum der Erstdiagnose, Schmerzintensität, Funktionskapazität, Depressivität, Somatisierung, Selbstwirksamkeit, Kontroll-

überzeugung und Lebensqualität) erfasst wurden. Um Gruppenunterschiede bezüglich der Wahl einzelner Therapieoptionen aufzudecken, wurde der χ^2 -Test bzw. Fishers exakter Test durchgeführt.

Ergebnisse

Stichprobe

133 Patienten erfüllten die Einschlusskriterien, willigten schriftlich in die Studienteilnahme ein und wurden in die Studie eingeschlossen. 85 dieser Patienten wurden auf einen der beiden Interventionsarme randomisiert, 48 Patienten dienten als Vergleichsgruppe. Die Teilnehmer aller 3 Gruppen zeigten vergleichbare sozioökonomische Merkmale. 93% der Patienten waren weiblichen Geschlechts, das Durchschnittsalter lag bei 50 Jahren (■ **Tabelle 1**). Auch die krankheitsspezifischen Variablen waren vergleichbar (■ **Tabelle 2**), bis auf eine leicht höhere Schmerzintensität sowie Depressivität in den beiden Interventionsgruppen im Vergleich zur Vergleichsgruppe.

Art und Anzahl der getroffenen Therapieentscheidungen

Patienten der IG I nahmen mehr Analgetika ein als Patienten der IG II. Patienten der VG entschieden sich wesentlich seltener als solche der beiden IG zur Einnahme von Analgetika. In beiden IG entschieden sich etwas mehr als die Hälfte aller Patienten zur Einnahme von Antidepressiva. Diese Therapieoption wurde in der VG deutlich häufiger gewählt.

Beide IG wählten etwa gleich häufig die Teilnahme an der integrierten Gruppentherapie für FMS-Patienten (IGTF), von dieser Option machte die Vergleichsgruppe deutlich seltener Gebrauch. Mehr Patienten der IG I im Vergleich zur IG II waren zum Erlernen von Entspannungstechniken bereit. Allerdings war die Bereitschaft hierzu auch in der VG sehr hoch. Beide IG waren häufig zu sportlicher Aktivität und Gymnastik bereit, die Bereitschaft dazu war in der VG eher gering. Die am häufigsten gewählte Therapieoption in allen 3 Gruppen war Physiotherapie.

Patienten der IG I wählten durchschnittlich 4,1 von 6 möglichen Thera-

pieoptionen, Patienten der IG II wählten 3,7 und Patienten aus der VG 3,0 und somit signifikant weniger als die beiden IG (■ **Tabellen 3 und 4**).

Diskussion

Zunächst muss darauf hingewiesen werden, dass sich das Patientengut in den beiden randomisierten Interventionsgruppen von dem in der Vergleichsgruppe leicht unterschied, sodass diese keine eigentliche Kontrollgruppe im engeren Sinne ist. Die Patienten der VG wurden in einem Praxissetting und nicht, wie die beiden IG, in einem universitären Setting gesehen. Es ist davon auszugehen, dass eher „schwerere Fälle“ den Weg in ein tertiäres Versorgungszentrum finden, was sich in den krankheitsspezifischen Daten Depressivität und Schmerzintensität widerspiegelt. Vor dem Hintergrund einer höheren Depressivität der IG erscheint aber die höhere Therapiebereitschaft der schwerer beeinträchtigten IG durchaus bemerkenswert, ist doch eine Antriebsschwäche ein Grundelement der depressiven Haltung. Dagegen lässt sich einwenden, dass ein höherer Leidensdruck in den IG ebenso zu einer höheren Therapiemotivation führen könnte. Wirklich vergleichbar sind daher nur die beiden IG untereinander. Insgesamt waren die in unserer Studie behandelten Patienten in Bezug auf sozioökonomische Daten sowie krankheitsspezifische Merkmale mit den Patienten anderer großer FMS-Studien in Deutschland vergleichbar [8] und können daher als repräsentativ für FMS-Patienten in Deutschland gelten.

Alle 3 Gruppen bekamen von ihren behandelnden Ärzten dieselben Therapieoptionen zur Wahl gestellt, und die Ärzte dokumentierten nach einem standardisierten Verfahren die gewählten Optionen. Allerdings darf davon ausgegangen werden, dass Patienten der beiden IG sich auf der Basis ihrer guten Informiertheit eher trauten, eigene Wünsche in Bezug auf die Behandlung einzubringen. Patienten der IG II wurden von ihren Ärzten im Einklang mit dem PEF-Vorgehen sogar deutlich dazu aufgefordert. Hingegen bleibt offen, inwieweit die Therapieentscheidungen in der VG lediglich ärztliche Empfehlungen widerspiegeln. Hier lag es eher an

der Courage und Engagiertheit der Patienten, PEF-Elemente wie ein Mitentscheidungsrecht einzufordern oder gar genauere Informationen vom Arzt zu einzelnen Behandlungsoptionen zu verlangen. Bei „durchschnittlichen“ Ärzten und „durchschnittlichen“ Patienten dürfte dies eher wenig der Fall gewesen sein [18].

Art der gewählten Therapieoptionen

Im Vergleich zur IG II neigte die IG I eher dazu, sich für die Behandlung mit Analgetika zu entscheiden. Dieser Unterschied ist bei randomisiertem Design mit einiger Wahrscheinlichkeit auf das ärztliche Gespräch zurückzuführen. So ist davon auszugehen, dass auch bei gut informierten Patienten einige Ängste im Hinblick auf unerwünschte Wirkungen von Analgetika bestehen bleiben, die erst im patientenzentrierten ärztlichen Gespräch teilweise noch ausgeräumt werden können. In der VG wurden allerdings deutlich weniger Analgetika gewählt als in den beiden IG. Offenbar konnten demnach vor allem durch die computerbasierte Informationsvermittlung die Befürchtungen der Patienten gegenüber der Einnahme von Analgetika ausgeräumt werden. Bei nur minimalen Unterschieden in der Schmerzintensität in den 3 Gruppen ist es unwahrscheinlich, dass die Schmerzintensität bei der Entscheidung für ein Analgetikum eine große Rolle gespielt hat.

Weniger Patienten aus den beiden IG neigten nach Aufklärung zur Behandlung mit einem Antidepressivum, was offenbar auch nicht durch ein ärztliches Gespräch positiv beeinflusst werden konnte. Dass ausgerechnet in der VG mit der geringsten Depressivität die meisten Antidepressiva eingenommen worden, erscheint zunächst bemerkenswert. Hierzu ist allerdings anzumerken, dass das trizyklische Antidepressivum Amitriptylin im Rahmen der Fibromyalgie-Behandlung nicht wie sonst üblich in einer antidepressiv wirksamen Dosis verabreicht wurde, sondern in einer sehr viel geringeren Dosis von 5–25 mg mit dem Ziel einer Schlaf- und Schmerzverbesserung.

Patienten aus beiden IG wählten zu einem großen Teil eine Teilnahme an der IGTF, Patienten der VG wählten diese Op-

Tabelle 3

Zahl der getroffenen Therapieentscheidungen

	IG 1	IG 2	VG	ANOVA	IG 1 vs. IG 2	IG 1 vs. VG	IG 2 vs. VG
Zahl der getroffenen Vereinbarungen MW±SD	4,1±1,1	3,7±1,4	3,0±0,5	F=12,9 ^c	t=1,74	t=5,00 ^c	t=3,16 ^b

^b p<0,01; ^c p<0,001

Tabelle 4

Art der getroffenen Therapieentscheidungen

	IG 1	IG 2	VG	χ ^{2a} (IG 1 vs. IG 2 vs. VG)	IG 1 vs. IG 2
N	44	41	48		
Analgetika	32 (72,4%)	27 (65,9%)	3 (6,3%)	49,58 ^d	0,47
Antidepressiva	24 (54,6%)	22 (53,7%)	40 (83,3%)	11,47 ^c	0,01
Gruppentherapie	11 (25,0%)	10 (24,4%)	3 (6,3%)	7,07 ^b	0,00
Entspannungstechniken	38 (86,4%)	23 (56,1%)	42 (87,5%)	15,48 ^d	9,59 ^c
Sportliche Aktivität und Gymnastik	37 (84,1%)	35 (85,4%)	10 (20,8%)	51,95 ^d	0,03
Physiotherapie	40 (90,9%)	33 (80,5%)	46 (95,3%)	5,67	–

^a Fishers exakter Test; ^b p<0,05; ^c p<0,01; ^d p<0,001

tion deutlich seltener. Offenbar reichte eine ausführliche Darstellung von Möglichkeiten, Zielen und Grenzen der IGTF im Informationsprogramm aus, um Patienten für diese integriert psychotherapeutisch-körpertherapeutische Therapiegruppe zu interessieren und Berührungsängste vor einem psychotherapeutischen Ansatz abzubauen. Gerade um die Akzeptanz psychotherapeutischer Elemente in der FMS-Behandlung zu steigern, ist offensichtlich eine gute Informationsvermittlung notwendig.

Mehr Patienten der IG I entschieden sich im Vergleich zur IG II für ein Entspannungsverfahren, was schließen lässt, dass das patientenzentrierte ärztliche Gespräch, in dem Fragen zu diesen Verfahren geklärt und eventuelle Bedenken ausgeräumt werden konnten, einen hohen Stellenwert hat. Dass sich so viele Patienten der VG vermeintlich für Entspannungsverfahren entschieden, könnte auch die Empfehlung des behandelnden Arztes widerspiegeln, weniger den Patientenwillen.

In beiden IG konnten die Patienten zu einem aktiven Bewältigungsmodus mit sportlicher Aktivität und Gymnastik als festem Bestandteil der Behandlung überzeugt werden. Dies ist besonders bemerkenswert, weil FMS-Patienten eher dazu neigen, sich im Sinne eines selbst verstär-

kenden Teufelskreises aus sportlicher Aktivität zurückzuziehen. Die Erfahrung, dass sportliche Aktivität mehr Schmerzen auslösen kann, führt dann häufig zu einer passiven Haltung und durch diese vermeintliche Schonung zu einer noch größeren Dekonditionierung und Schmerzskalation. Hier konnte offenbar durch Informationsvermittlung zu diesen Mechanismen zu einer kognitiven Umstrukturierung beigetragen und der Mut zu dosierter körperlicher Betätigung neu geweckt werden.

Physiotherapeutische Behandlungsmethoden erschienen allen 3 Gruppen als am Erfolg versprechendsten oder aber unbedenklichsten, sodass diese Option sehr häufig gewählt wurde.

Anzahl der gewählten Therapieoptionen

Die höhere Therapiebereitschaft in IG I im Vergleich zu IG II ist mit einiger Wahrscheinlichkeit auf die Tatsache zurückzuführen, dass IG I zusätzlich von kommunikationsschulenden Ärzten behandelt wurde. Offensichtlich führte das an Grundsätzen des PEF orientierte, patientenzentrierte ärztliche Gespräch in IG I dazu, dass weitere individuelle Befürchtungen der Patienten zu den Behandlungsoptionen ausgeräumt werden konnten. Im pa-

tientenzentrierten Gespräch konnte auch eine größere Motivation zum Ausprobieren neuer Verfahren geweckt werden als durch reine Informationsvermittlung am Computer. Patienten entschlossen sich daraufhin in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess mit ihrem behandelnden Arzt zur Durchführung einer größeren Zahl von Therapieoptionen. Die höhere Therapiebereitschaft in den beiden IG im Vergleich zur VG kann teilweise setting- und leidensdruckbedingt sein. Sie könnte aber auch damit zusammenhängen, dass diese Patienten das Informationsprogramm zu FMS gesehen hatten und somit besser über Therapieoptionen informiert waren. Im Informationsprogramm werden detailliert alle zu erwartenden Effekte, unerwünschten Wirkungen und Vor- und Nachteile der Behandlungsoptionen in für Patienten gut verständlicher Art und Weise erläutert. Somit darf davon ausgegangen werden, dass Patienten mit Zugang hierzu auch über mögliche Therapieoptionen nachdenken und eigene Präferenzen entwickeln konnten, bevor sie die Möglichkeiten mit ihren behandelnden Ärzten besprachen. Die Behandlungsentscheidungen informierter Patienten fallen demnach offensichtlich anders aus. Patienten der VG wählten wahrscheinlich weniger Therapieoptionen, weil sie nicht gut über

diese Methoden Bescheid wussten. Eventuelle Befürchtungen oder Missverständnisse konnten ohne den Zugang zum Informationsprogramm nicht ausgeräumt werden, die Vorzüge anderer Behandlungsmethoden wurden ihnen ebenfalls nicht deutlich. Das Informationsgefälle zum Arzt in Bezug auf medizinisches Fachwissen konnte in den beiden IG abgemildert werden, blieb in der VG jedoch bestehen.

Schlussfolgerung/Fazit für die Praxis

Der teilweise Ausgleich des medizinischen Informationsgefälles zwischen Arzt und Patient als ein Teilelement von PEF kann im Fall von FMS-Patienten zu einer generell höheren Behandlungsbereitschaft führen. Insbesondere scheint sich unsere Hypothese zu bestätigen, dass in beiden Interventionsgruppen durch besseres Wissen um pathogenetische Zusammenhänge eine aktive Form der Krankheitsbewältigung zum Tragen kommt. Diese manifestiert sich durch eine wesentlich größere Bereitschaft zu sportlicher Aktivität und Gymnastik. Auch steigt die Akzeptanz psychotherapeutischer Therapieelemente durch Wissen um Möglichkeiten und um Grenzen derselben. Eine Bereitschaft zur Analgetikaeinnahme konnte durch Informationsgabe und noch mehr im ergänzenden patientenzentrierten ärztlichen Gespräch erreicht werden.

Beim ersten Festlegen der Therapieoptionen scheint das PEF-Element der Informationsvermittlung an Patienten deutlichere Auswirkungen zu haben als die zusätzliche patientenzentrierte Gesprächsführung, die durch das Kommunikationstraining erreicht werden konnte. Allerdings werden bei der Behandlung von FMS-Patienten endgültige Therapieentscheidungen selten beim Erstkontakt gefällt [12], und spätere Revisionen sind häufig. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich das Kommunikationstraining im Verlauf der Behandlung nachhaltiger auswirken kann, wenn es darum geht, ein dauerhaftes und stabiles Arbeitsbündnis mit den Patienten herzustellen oder nach ersten therapeutischen Misserfolgen das Therapieregime zu verändern. Aktuell wird daher eine Katamneseuntersuchung durchgeführt, um mögliche Langzeiteffekte von

PEF auf den Verlauf von Therapieentscheidungen und auf krankheitsbezogene Variablen zu erfassen.

Hinweise. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Rahmen des Modellprogramms zur Förderung der medizinischen Qualitätssicherung „Der Patient als Partner im Medizinischen Entscheidungsprojekt“ gefördert (BMGS 217-43794-5/1). Es besteht kein Interessenskonflikt.

Korrespondierender Autor

Dr. C. Bieber

Abteilung Innere Medizin II, Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg
E-Mail: Christiane_Bieber@med.uni-heidelberg.de

Literatur

1. Bennett RM (2002) The rational management of fibromyalgia patients. *Rheum Dis Clin North Am* 28:181–199
2. Müller KG, Bieber C, Müller A et al. (2004) Psychosoziale Faktoren bei einer Fibromyalgiepatientin. Erfassung mittels eines elektronischen Schmerztagebuchs – Kasuistik und multivariate Zeitreihenanalyse. *Schmerz* 18:45–52
3. Müller A, Hartmann M, Müller K, Eich W (2003) Validation of the arthritis self-efficacy short-form scale in German fibromyalgia patients. *Eur J Pain* 7:163–171
4. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB et al. (1990) The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 33:160–172
5. Walker EA, Katon WJ, Keegan D et al. (1997) Predictors of physician frustration in the care of patients with rheumatological complaints. *Gen Hosp Psychiatry* 19:315–323
6. 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
7. Blumenstiel K, Bieber C, Raspe H, Eich W (2003) Das Fibromyalgiesyndrom – eine Übersicht und Standortbestimmung. *Z Med Psychol* 12:39–47
8. Müller A, Hartmann M, Eich W (2000) Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen: Untersuchung an Patienten mit Fibromyalgiesyndrom. *Schmerz* 14:77–83
9. Penrod JR, Bernatsky S, Adam V et al. (2004) Health services costs and their determinants in women with fibromyalgia. *J Rheumatol* 31:1391–1398
10. Elwyn GJ, Edwards A, Kinnersley P (1999) Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract* 49:477–482
11. Charles C, Whelan T, Gafni A (1999) What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ* 319:780–782

12. Müller KG, Richter A, Bieber C et al. (2004) Der Prozess der Partizipativen Entscheidungsfindung bei chronischen Schmerzpatienten. Evaluation und Modifikation von Therapieentscheidungen. *Z Ärzt Fortbild Qual Gesundheitsw* 98:95–100
13. Lautenschläger J (2000) Present state of medication therapy in fibromyalgia syndrome. *Scand J Rheumatol* 29:32–36
14. Millea PJ, Holloway RL (2000) Treating fibromyalgia. *Am Fam Physician* 62:1575–1587
15. Bieber C, Russell IJ (2004) Muscle and fibromyalgia. In: McMahon SB, Koltzenburg M (eds) *Wall and Melzack's textbook of pain*. Elsevier, London, in press
16. Eich W (1996) Erste Ergebnisse der Multicenter Fibromyalgie-Therapie-Studie (McFITS) des Rheumazentrums Heidelberg. *Z Rheumatol* 55
17. Wilke S (1989) Video in der analytischen Psychotherapie und Psychosomatik – Vorstellung eines didaktischen Konzepts zur Übung von Erstanamnesen. In: Kügelgen B (Hrsg) *Video in Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 157–163
18. Scheibler F, JanBen C, Pfaff H (2003) Shared Decision Making: Ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. *Soz Präventivmed* 48:11–23