

# Zusammenfassung

## HINTERGRUND

Eine an den Bedürfnissen der Patienten<sup>1</sup> orientierte, angemessene Arzt-Patienten-Kommunikation ist die Voraussetzung für eine effektive Tumorbehandlung. Ineffektive Kommunikation dagegen kann zu unrealistischen Behandlungserwartungen, psychischer Belastung, ungünstiger Krankheitsbewältigung, Behandlungsunzufriedenheit und zu geringer Lebensqualität führen.

Zu den wichtigsten Aufgaben der ärztlichen Gesprächsführung gehören der Aufbau einer tragfähigen Beziehung, die Informationsvermittlung und das Treffen von Behandlungsentscheidungen. Berichte von betroffenen Tumorpatienten sowie Studien weltweit zeigen, dass Kommunikationsschwierigkeiten im klinischen Alltag häufig auftreten. Tumorpatienten beklagen häufig einen Mangel an Zeit, Zuwendung, Information und Partizipation. Es zeigt sich, dass Ärzte häufig den Kommunikations- und Informationsbedarf sowie die emotionalen Bedürfnisse ihrer Patienten unterschätzen. Mehr als die Hälfte aller Tumorpatienten erfährt zudem nicht eine Beteiligung an Behandlungsentscheidungen im gewünschten Ausmaß.

Gleichzeitig rücken gesundheitspolitische und wissenschaftliche Diskussionen zunehmend den Patienten als eigenverantwortlichen Mitgestalter von Gesundheitsleistungen in den Mittelpunkt, gefordert wird eine stärkere Integration der Patientenbedürfnisse nach Selbstbestimmung, Information und Partizipation. Eng verbunden mit dem Paradigma der Patientenzentrierung ist auf Grund seiner angenommenen Vorteile das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung (engl. *Shared Decision Making*). Inwieweit Tumorpatientinnen eine partizipative Entscheidung wünschen, tatsächlich erfahren, und welche Faktoren diese beeinflussen, ist bislang jedoch nicht eindeutig geklärt. Für eine Verbesserung der Kommunikation und eine patientenorientierte Versorgung sind die subjektive Patientensicht sowie die Kenntnis von Bedürfnissen und Erfahrungen der Patienten unabkömmlich. Bislang liegt allerdings kein fundiertes Wissen zu den kommunikationsbezogenen Bedürfnissen und Erfahrungen sowie deren Veränderungen im Verlauf der Erkrankung bei Tumorpatienten vor.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird überwiegend die männliche Schreibform gewählt, diese wird stellvertretend für die Bezeichnung beider Geschlechter verwendet.

## **ZIELE**

Ziel dieser Arbeit war es, beizutragen das bestehende Wissen zu Erwartungen und Erfahrungen von Brustkrebspatientinnen in der Arzt-Patienten-Kommunikation zu erweitern. Es sollten Informationsbedürfnisse, der Wunsch der Patientinnen an einer partizipativen Beteiligung sowie Bedürfnisse und Erwartungen an die Arzt-Patienten-Kommunikation aus Patientensicht im Längsschnitt untersucht werden. Weiterhin sollte das komplexe Zusammenspiel von Erwartungen und tatsächlicher Behandlungserfahrung bezüglich Information, Kommunikation und Partizipation in seiner Auswirkung auf Lebensqualität und psychische Belastung untersucht werden.

## **METHODIK**

Es wurden 135 erstmalig erkrankte Brustkrebspatientinnen über die Kliniken der beiden Freiburger Brustkrebszentren rekrutiert. Teilnehmerinnen wurden in der ersten Woche nach Beginn der Behandlung (OP bzw. neoadjuvante Behandlung) mit einem Fragebogen zu den Bereichen Information, Partizipation und Kommunikation befragt. Zusätzlich wurden Daten zu Lebensqualität, psychischer Befindlichkeit sowie demographische und medizinische Variablen erhoben. Drei (T2) und sechs Monate (T3) nach der Erstbefragung wurde der Fragebogen den Patientinnen erneut mit einem frankierten Rückumschlag zugesendet.

Mit acht Brustkrebspatientinnen wurden in der ersten Woche nach Behandlungsbeginn problemzentrierte Interviews geführt. Die Interviews wurden transkribiert und nach den Prinzipien der Grounded Theory sowie der empirisch begründeten Typenbildung analysiert.

## **ERGEBNISSE**

Bedürfnisse und Erwartungen an die Arzt-Patienten-Kommunikation lassensich als Pyramide bestehend aus vier aufeinanderbauenden Stufen darstellen. Die Patientinnen erwarteten auf den untersten Ebenen medizinische Fachkompetenz (1. Stufe) und die Bereitschaft des Arztes, Auskünfte und Informationen zu erteilen (2. Stufe). Der kommunikativ kompetente Arzt sollte die Patientin ganzheitlich wahrnehmen und annehmen (3. Stufe). Weiterhin äußerten die Patientinnen den Wunsch nach einem emotional unterstützenden Arzt, der sich einfühlsam in sie hinein versetzt, Hoffnung, Mut und Trost spendet (4. Stufe). Gleichzeitig sehen die Patientinnen emotionale Unterstützung als nicht selbstverständlich erwartbare Leistung ihres Arztes an. Ein Mangel an

emotionaler Unterstützung führt daher auch nicht zu einer negativen Bewertung der erfahrenen Kommunikation.

Die Patientinnen wiesen zu Behandlungsbeginn ausgeprägte Informationsbedürfnisse auf. Alle acht Informationsbereiche Diagnose, Prognose, Behandlung, Medikamente und Nebenwirkungen, Untersuchungen und Test, Nachsorge, Unterstützungsmöglichkeiten sowie Auswirkungen der Erkrankung und Behandlung auf Sozial-, Familien- und Sexualleben wurden von den Patientinnen als wichtig erachtet. Mit zunehmender Behandlungszeit kam es zu einer signifikanten Abnahme der Bedeutsamkeit der verschiedenen Informationsbereiche. Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten sowie zu den Auswirkungen der Erkrankung und Behandlung wurden von den Patientinnen im Vergleich zu den anderen sechs Informationsbereichen zu allen Messzeitpunkten als weniger bedeutsam eingeschätzt. Sechs Monate nach Behandlungsbeginn stellte das Thema Nachsorge das Wichtigste für die Patientinnen dar.

Die überwiegende Mehrheit fühlte sich insgesamt zu allen drei Messzeitpunkten gut über ihre Erkrankung informiert. Die Zufriedenheit in Bezug auf die ärztliche Informationsvermittlung war bei Behandlungsbeginn signifikant höher als sechs Monate später.

Zu Behandlungsbeginn wiesen die meisten Patientinnen (40%) eine passive Partizipationspräferenz auf, 29% der Patientinnen wollen die Entscheidung gemeinsam mit dem Arzt treffen, während 31% der Patientinnen die Entscheidung alleine treffen wollen. Die Interviews zeigen, dass es für die meisten Patientinnen nicht entscheidend war, wer die Behandlungsentscheidung trifft. Viel bedeutsamer war es für die Patientinnen, die Sicherheit und Bestärkung zu erhalten, die bestmögliche Behandlung und Therapie zu bekommen. Nur 42% aller Frauen hatten das Gefühl eine Wahl zwischen verschiedenen Behandlungsoptionen gehabt zu haben. Patientinnen, die glaubten eine Wahl zu haben, wiesen signifikant häufiger eine aktive Partizipationspräferenz auf als Patienten ohne Wahlmöglichkeit. Auffallend war weiterhin, dass Patientinnen mit passiver Partizipationspräferenz signifikant depressiver waren als Patientinnen mit aktiver Partizipationspräferenz. Bei Behandlungsbeginn erfuhren 63% der befragten Patientinnen eine Beteiligung entsprechend ihrer Präferenz. Patientinnen mit einer aktiven oder passiven Entscheidungspräferenz erlebten häufiger eine Übereinstimmung ihrer Präferenz und Erfahrung (76% bzw. 78%) als Patientinnen, die gemeinsam mit dem Arzt entscheiden wollten (31%). Die Zufriedenheit mit der Behandlungsentscheidung war unabhängig vom Ausmaß der tatsächlichen Beteiligung an der Behandlungsentscheidung. Patientinnen, die eine Beteiligung entsprechend ihrer

Präferenz erlebten waren signifikant zufriedener als Patienten, die weniger als gewünscht beteiligt waren.

Die Hälfte aller Patientinnen wies im Verlauf über alle Messzeitpunkte betrachtet eine stabile Entscheidungspräferenz auf. Im Vergleich zum Behandlungsbeginn wollten bei T2 13% weniger Beteiligung, während 25% mehr Beteiligung anstrebten. Nach sechs Monaten wünschten 62% dasselbe Ausmaß an Beteiligung wie bereits 3 Monate zuvor. Patientinnen, die ihre Präferenz änderten wollten fast zu gleichen Anteilen mehr (17%) bzw. weniger (15%) Beteiligung.

In den ersten sechs Behandlungsmonaten fand nach Meinung der Patienten selten eine partizipative Entscheidungsfindung statt (17%). Fast die Hälfte aller Entscheidungen wurde aus Sicht der Patientinnen vom Arzt alleine getroffen (48.3%), während 35% aller Entscheidungen von den Patientinnen alleine getroffen wurden. Die Zufriedenheit mit der Entscheidungsfindung war zu allen drei Messzeitpunkten hoch und änderte sich nicht im Verlauf.

Weiterhin zeigte sich, dass neben soziodemographischen Variablen die wahrgenommene Bedrohung durch die Tumorerkrankung als Moderator fungierte und in entscheidender Weise Bedürfnisse und Erfahrungen der Patientinnen prägte. Starke Bedrohung ging mit geringen Informationsbedürfnissen und einer passiven Partizipationspräferenz einher, bei einer mittleren Bedrohung fanden sich die höchsten Informationsbedürfnisse und Partizipationspräferenzen. Aus den qualitativen Daten konnten in Abhängigkeit von der wahrgenommenen Bedrohung drei Patiententypen identifiziert werden: Die emotional bedürftige Patientin, die sich vertrauensvoll anpassende Patientin und die aktiv handelnde Patientin.

Die Analyse der Outcomekriterien ergab, dass auch nach Kontrolle der Baseline-Outcomewerte (Depression bzw. Lebensqualität) die bei Behandlungsbeginn erfahrene Kommunikation und Partizipation signifikant das spätere Befinden beeinflusste. Patientinnen, die zufrieden waren mit der erfahrenen Arzt-Patienten-Kommunikation waren nach drei Monaten weniger depressiv als Patientinnen, die weniger zufrieden mit der erfahrenen Kommunikation waren. Ähnliche Ergebnisse fanden sich für die Informationsvermittlung: Patientinnen, die sich bei Behandlungsbeginn als sehr gut informiert ansahen waren drei und sechs Monate später weniger depressiv und wiesen eine höhere Lebensqualität auf als Patientinnen, die sich als weniger gut informiert ansahen.

Das Ausmaß der tatsächlich erfahrenen Partizipation hatte keinen Einfluss auf das Befinden nach drei und sechs Monaten. Dagegen hatten Patientinnen, die bei Behandlungsbeginn im gewünschten Ausmaß an der Entscheidungsfindung beteiligt

waren, bei T2 signifikant geringere Depressionswerte als Patientinnen, die entgegen ihrer Präferenz zu wenig beteiligt waren.

## **SCHLUSSFOLGERUNGEN**

Die gefundenen Ergebnisse verdeutlichen die Bedeutung der Arzt-Patienten-Kommunikation. Ärzte können durch eine effektive patientenorientierte Kommunikation und Informationsvermittlung sowie durch das Beachten der Entscheidungspräferenzen das Befinden ihrer Patienten in den ersten drei bis sechs Monaten positiv beeinflussen. Die aus den qualitativen Daten gewonnene Patienten-Typologie kann Ärzten helfen, Bedürfnisse ihrer Patienten zu erkennen.

Entgegen der politischen Forderung nach einer höheren Beteiligung von Patienten erfahren und wünschen viele Tumorpatientinnen immer noch eine paternalistisch orientierte Entscheidungsfindung. Die Tatsache, dass Patientinnen mit partizipativer Entscheidungspräferenz signifikant seltener eine Übereinstimmung zwischen ihrer Präferenz und der tatsächlicher Beteiligung erfahren, verdeutlicht Optimierungsbedarf. Ursache für den geringen Anteil partizipativer Entscheidungsfindungen könnten mangelnde Bereitschaft, die Patienten einzubeziehen sowie kommunikative Defizite auf Seiten der Ärzte sein. Ärzte sollten in Weiterbildungen geschult werden, Voraussetzungen für eine partizipative Entscheidungsfindung zu schaffen und Gesprächsstrategien erlernen, die eine Umsetzung des Konzepts erlauben.

Techniken der patientenzentrierten Kommunikation, das Anbieten von Wahlmöglichkeiten, der Aufbau einer partnerschaftlichen, gleichwertigen Beziehung, die Behandlung depressiver Symptome und Unterstützung bei der Entscheidungsfindung könnten helfen, die Beteiligung von Patienten weiter zu fördern. Die Bedeutung der wahrgenommenen Bedrohung und anderer Emotionen wurden in der Forschung bisher vernachlässigt und sollten zukünftig Berücksichtigung erfahren. Patientenzentrierung heißt den Patienten in seinen Bedürfnissen ernst nehmen, daher sollten sich Kommunikation und Interaktionsstil stets an den Bedürfnissen des Patienten orientieren, dies kann auch bedeuten dem Wunsch der Patientin nach einer arztzentrierten Entscheidungsfindung zu entsprechen.