

Das ärztlich-therapeutische Gespräch

Die Effektivität verstärkter
Arzt-Patienten-Kommunikation

Ein Kurz-Assessment



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

ISSN: 1992-0488
ISSN-online: 1992-0496

Das ärztlich-therapeutische Gespräch

Die Effektivität verstärkter
Arzt-Patienten-Kommunikation

Ein Kurz-Assessment



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

Wien, Oktober 2006

Projektleitung
und -bearbeitung: Mag. Rosemarie Felder-Puig, MSc
Projektmitarbeit: Mag. Eva Turk
Mag. Beate Guba
Dr. Claudia Wild
Begutachtet von: Dr. Monika Peitz,
Institut für Allgemeinmedizin,
Universitätsklinik Frankfurt

Studie im Auftrag des Österreichischen Hauptverbands der Sozialversicherungsträger

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH
Operngasse 6/5, Stock, A-1010 Wien
<http://www.lbg.ac.at/gesellschaft/impresum.php>

Für den Inhalt verantwortlich:



Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)
Garnisongasse 7/20, A-1090 Wien
<http://hta.lbg.ac.at/>

Die LBI-HTA-Projektberichte erscheinen unregelmäßig und dienen der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment.

Die Berichte erscheinen in geringer Auflage im Druck und werden über das Internetportal „<http://eprints.hta.lbg.ac.at>“ der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt:

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 001

ISSN: 1992-0488

ISSN-online: 1992-0496

http://eprints.hta.lbg.ac.at/view/type/hta_reports.html

© 2006 LBI-HTA – Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Zusammenfassung	5
Summary.....	6
1 Einleitung.....	7
1.1 Das ärztlich-therapeutische Gespräch.....	7
1.2 Fragestellung	8
1.3 Literatursuche und -auswahl.....	9
1.4 Verwendung von „Surrogatparametern“ für das ärztlich-therapeutische Gespräch.....	10
1.5 Auswahl der Ergebnisvariablen (Endpunkte).....	10
2 Das Erreichen von Therapiezielen.....	11
3 Compliance	15
4 Patientenmitbestimmung.....	17
5 Patienten-Selbstmanagement.....	19
6 Patientenzufriedenheit.....	21
7 Behandlungsaufwand	23
8 Determinanten der Effektivität des ärztlich-therapeutischen Gesprächs.....	25
8.1 Dauer des ärztlich-therapeutischen Gesprächs.....	26
8.2 Spezielle Ausbildung von ÄrztInnen	27
8.3 Patienteneigenschaften und -präferenzen.....	28
8.4 Resümée	29
9 Regulierung.....	31
9.1 Allgemeines.....	31
9.2 Österreich.....	31
9.3 Deutschland.....	32
9.4 Schweiz.....	33
9.5 Frankreich.....	34
10 Zusammenfassung und Handlungsoptionen.....	35
11 Literatur.....	37
Anhang.....	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1: Ausgewählte Studien zur Erreichung von Therapiezielen	11
Tabelle 3-1: Ausgewählte Studien zu Compliance und Adhärenz	15
Tabelle 4-1: Ausgewählte Studien zur Patientenmitbestimmung	17
Tabelle 5-1: Ausgewählte Studien zum Patienten-Selbstmanagement (Krankheitsprävention, Lebensstiländerung, Hilfe zur Selbsthilfe)	19
Tabelle 6-1: Ausgewählte Studien zur Patientenzufriedenheit	21
Tabelle 7-1: Ausgewählte Studien zum Behandlungsaufwand	23
Tabelle 8-1: Ausgewählte Studien zu Determinanten der Effektivität des ärztlich-therapeutischen Gesprächs	25
Tabelle 9-1: Kosten für das ärztlich-therapeutische Gespräch im Jahr 2004 (Zahlen von 7 österreichischen Gebietkrankenkassen)	32

Zusammenfassung

Große Patientenbefragungen in verschiedenen Ländern haben ergeben, dass sich PatientInnen von ihren ÄrztInnen gute Beratung, ausführliche Informationen und genug Zeit/Raum für ihre Anliegen wünschen. In Österreich, wie auch in einigen anderen Ländern, kann ein ärztlich-therapeutisches Gespräch, das über die übliche Anamnese hinausgeht, im niedergelassenen Bereich angeboten und unter Einhaltung einer gewissen Mengenbegrenzung mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

**Patientenerwartungen
und Leistungsangebot**

Für eine Verhandlung über die eventuelle Ausweitung dieses Leistungsangebots sollte ein systematischer Review erarbeitet werden, der den Einsatz des ärztlich-therapeutischen Gesprächs in Beziehung zu verschiedenen Ergebnisparametern setzt. Demzufolge wurde folgende Forschungsfrage formuliert: Führt das ärztlich-therapeutische Gespräch zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität im niedergelassenen Bereich, ausgedrückt in: Erreichen von Therapiezielen, Compliance, Patientenmitbestimmung, Patienten-Selbstmanagement, Patientenzufriedenheit und geringerem zusätzlichen Behandlungsaufwand?

Fragestellung

Für den Review wurden hochwertige Studien (RCTs und Zusammenfassungen von mehreren RCTs), aber auch Kohorten-, Beobachtungs- und qualitative Studien herangezogen. Insgesamt wurden 49 Arbeiten in das Assessment eingeschlossen.

**Systematischer
Review**

Jeder betrachtete Endpunkt wurde in einem separaten Kapitel abgehandelt. Es konnte einigermaßen gute Evidenz für die Effektivität des ärztlich-therapeutischen Gesprächs bzw. wesentlichen Elementen davon für Patienten-Selbstmanagement, Patientenzufriedenheit und geringerer zusätzlicher Behandlungsaufwand bei einigen Erkrankungen/Beschwerden gefunden werden. Für alle anderen in der Fragestellung genannten Outcome-Parameter waren die Studienergebnisse weniger überzeugend positiv.

Ergebnis

Das Assessment beinhaltet auch eine kurze Beschreibung, wie das ärztlich-therapeutische Gespräch in einigen anderen europäischen Ländern geregelt ist. Zur Diskussion über die Ausweitung des derzeitigen Leistungsangebots werden auf Basis der Datenlage und der Problematik der Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf die reale nationale Versorgungssituation in Kapitel 10 verschiedene Handlungsoptionen vorgeschlagen.

**Regulierung in
anderen Ländern und
Handlungsoptionen**

Summary

Patients' expectations and services offered	Results of large patient surveys performed in different countries suggest that patients expect to receive good counselling, to be extensively informed and to get enough time and possibilities to communicate their concerns when visiting a physician. In some countries, this has resulted in reimbursing the provision of a “therapeutic conversation”, which goes beyond the usual consideration of the patient’s medical history. The same is true for Austria, where the therapeutic conversation is reimbursed up to a certain limit.
Objective	The assessment aimed at providing a systematic review of the existing literature with regard to the effects of a therapeutic conversation. Several outcome parameters were investigated to answer the following question: Does the therapeutic conversation result in improvement of the quality of care offered in physicians’ practices? The outcome parameters analyzed were attainment of therapeutic goals, patients’ compliance, participation, self-management, satisfaction as well as a reduction of additional health care costs.
Systematic Review	The review included primarily high-quality studies (RCTs and systematic reviews of RCTs). Additionally, cohort studies, observational studies and several qualitative studies were identified. Overall, 49 publications were considered for the assessment.
Results	Reasonable evidence was found for the effectiveness of the therapeutic conversation on patients’ self-management and satisfaction. For specific diseases/disorders, a reduction in additional health care costs was reported. For the remaining outcome parameters, evidence was less convincing.
Regulations in other countries and future options	The report also covers reimbursement regulations in selected countries. In the final chapter, some options for maintaining or extending the coverage are discussed, taking into account the existing study results and the problems of transferring these results to the real care situation in Austria.

1 Einleitung

1.1 Das ärztlich-therapeutische Gespräch

Im österreichischen Kassenarztrecht hat das ärztlich-therapeutische Gespräch die Positionsbezeichnung „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil“. Damit soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden, die Anamnese ist davon jedoch ausgenommen. Das Gespräch soll im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten dauern und grundsätzlich in der ärztlichen Ordination und nach Tunlichkeit außerhalb der festgesetzten Ordinationszeiten geführt werden. Damit soll den PatientInnen auch eine aktivere Rolle im Konsultationsprozess zugestanden werden. In der „traditionellen“ ärztlichen Konsultation überwiegt nämlich der ärztliche Monolog und die ärztliche Anweisung, und PatientInnen haben wenig Möglichkeit, sich einzubringen. Gemäß einer viel zitierten Studie sprechen PatientInnen über ihre Sorgen nämlich nur durchschnittlich 18 Sekunden lang, bevor sie von ihrem/r Arzt/Ärztin unterbrochen werden [1].

Dass die Nachfrage nach einer stärkeren Berücksichtigung von Patientenwünschen und einer stärkeren Einbindung der PatientInnen in den medizinischen Entscheidungsprozess gegeben ist, konnte in einigen großen Studien, die in den letzten Jahren durchgeführt wurden, gezeigt werden:

Vor ca. 10 Jahren führte eine europäische Initiative namens „European Task Force on Patient Evaluations of General Practice“ eine Patientenbefragung in Allgemeinpraxen aus 7 europäischen Ländern durch [2]. Der Fragebogenrücklauf betrug 55 % und ergab die Antworten von 3.540 PatientInnen. Trotz unterschiedlicher Gesundheitssysteme und politischer und kultureller Besonderheiten waren die Erwartungen der PatientInnen aus den verschiedenen Ländern an ihre ÄrztInnen sehr ähnlich. Oberste Priorität hatten: genug Zeit in der ärztlichen Konsultation, schnelle Hilfe im Notfall, Verschwiegenheit der ÄrztInnen, ausführliche Information über die Erkrankung, die Möglichkeit, in der Konsultation über alles zu reden, kontinuierliche Fortbildung der ÄrztInnen, und ein Angebot für präventive Maßnahmen.

Für das Forschungsprojekt „Der europäische Patient der Zukunft“, durchgeführt vom Picker Institut, wurden im Jahr 2002 jeweils 1.000 BürgerInnen aus 8 europäischen Ländern zu ihren Wünschen, Erwartungen und Befürchtungen über das Gesundheitssystem der Zukunft befragt [3]. Auch hier ergaben sich sehr ähnliche Erwartungen und Forderungen. Eines der Kernergebnisse war der Wunsch von (potentiellen) PatientInnen, besser informiert zu werden und stärker über die Behandlung mitzubestimmen. Weiters wollten die BürgerInnen besser unter verschiedenen Leistungsanbietern vergleichen können. Dafür müssten allerdings die Qualität gemessen und die Ergebnisse veröffentlicht werden. Die Mehrheit der Befragten glaubte, dass die wichtigsten Fragen zu ihrer Gesundheit der Hausarzt/die Hausärztin beantworten kann und wünschte sich mehr Zeit für das Gespräch in der Praxis. Und gemäß einer rezenten Studie des Commonwealth Fund mit 6.327 PatientInnen aus 6 Ländern bekommen deutsche PatientInnen zwar besonders zügig eine Behandlung, müssen weniger zuzahlen oder erleiden im Krankenhaus seltener Infektionen, sind mit ihrer Behandlung aber dennoch unzufriedener als PatientInnen in England, Neuseeland oder Kanada [4]. Die Deut-

Definition
ärztlich-therapeutisches
Gespräch im
österreichischen
Leistungskatalog

Patientenerwartungen:
Ergebnisse aus großen
internationalen
Patientenbefragungen

Gewünscht werden
mehr Zeit und
ausführliche
Informationen

schen fühlten sich körperlich schlechter und gaben nach einem Krankenhausaufenthalt besonders häufig an, sich unzureichend aufgeklärt zu fühlen, ihre Entlassung als unkoordiniert empfunden oder nichts über Sinn und Zweck der Behandlung erfahren zu haben.

Ärztlich-therapeutisches Gespräch als Zusatzleistung angeboten

Diesen Ergebnissen entsprechend kann das ärztlich-therapeutische Gespräch in Österreich, wie auch in einigen anderen Ländern, angeboten und mit den Krankenkassen separat abgerechnet werden. Dieser Leistungsposten wird auch als „ärztliches Gespräch“, „Arzt-Patienten-Gespräch“, „therapeutische Aussprache“, „ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“, „Beratung, Erörterung und/oder Abklärung“ oder „Spezifische ärztliche Beratung“ bezeichnet. Neben dem Wunsch, die Patientenzufriedenheit zu steigern, steht dahinter auch die Überlegung, damit zu einer Eindämmung der Arzneimittelausgaben beizutragen. Gerade Menschen mit funktionellen Störungen können mehr Zeit und Einfühlung oft mehr helfen, als wenn ihnen irgendwelche Medikamente verschrieben werden. Das ärztlich-therapeutische Gespräch kann aber auch genutzt werden, um PatientInnen von der Umstellung des Originalpräparats auf ein Generikum zu überzeugen oder mit PatientInnen gemeinsam eine sinnvolle Medikation zu erarbeiten und damit die Polypragmasie einzudämmen.

Ob es empirische Hinweise dafür gibt, dass das ärztlich-therapeutische Gespräch tatsächlich effektiv im Sinne einer verbesserten Behandlungsqualität ist, war Fragestellung dieses Assessments.

1.2 Fragestellung

Ausgangslage für Österreich

In Österreich dürfen alle niedergelassenen ÄrztInnen mit Ausnahme von FachärztInnen für Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin, ein ärztlich-therapeutisches Gespräch, das in Einzelbehandlung stattfindet, über die übliche Anamnese hinausgeht und 10-15 Minuten dauern soll, mit einem Tarif von EUR 10,90 bis 11,25 (je nach Krankenkasse) abrechnen. Die Abrechenbarkeit ist für AllgemeinmedizinerInnen, InternistInnen und KinderärztInnen bei den meisten Krankenkassen kontingentiert mit 18 % der Behandlungsfälle pro Quartal und für alle anderen FachärztInnen mit 11 % der Behandlungsfälle pro Quartal.

Für weitere Überlegungen soll ein systematischer Review erarbeitet werden, der den Einsatz des ärztlich-therapeutischen Gesprächs in Beziehung zu verschiedenen Ergebnisparametern setzt. Demzufolge wurde folgende Forschungsfrage formuliert:

Forschungsfrage

Führt das ärztlich-therapeutische Gespräch zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität im niedergelassenen Bereich, ausgedrückt in: Erreichen von Therapiezielen, Compliance, Patientenmitbestimmung, Patienten-Selbstmanagement, Patientenzufriedenheit und geringerem zusätzlichen Behandlungsaufwand?

1.3 Literatursuche und -auswahl

Um einen Überblick über die vorhandene Literatur zu gewinnen, wurden erste Recherchen in den Datenbanken DARE, NHS EED, HTA des Centre for Reviews and Dissemination (York), in der Cochrane Library, in PubMed, Medline und Embase durchgeführt. Danach begann die systematische Literaturrecherche mit folgenden Suchbegriffen:

- ❖ *Gruppe*: family practice, general practitioner, general practice, physicians/family.
- ❖ *Intervention*: doctor-patient-communication, patient-physician-communication, physician-patient-relations, doctor patient relation, therapeutic or medical advice/recommendations, counselling/counseling, patient centred/oriented/focused, patient centred care, treatment planning.
- ❖ *Outcome*: therapy outcomes, therapy effectiveness, consultation length, compliance, medication/treatment compliance, treatment refusal/adherence/agreement/disagreement/consent, patient acceptance of health care, consumer participation, cooperation, cooperative behaviour, health status, patient enablement, patient concordance.

Suchbegriffe

Die Suche wurde von Beginn an auf englisch- und deutschsprachige Literatur eingeschränkt. Exkludiert wurde außerdem Literatur, in der es ausschließlich um die Behandlung krebserkrankter Menschen oder von Psychiatern behandelte Erkrankungen geht, oder in der die Gesprächsführung bei unterschiedlichen Herkunftssprachen, die medizinische Aus- und Fortbildung, Informationstechnologie, Telemedizin, u. Ä. das Hauptthema darstellten.

In folgenden Datenbanken wurde systematisch gesucht:

- ❖ Cochrane Central 2nd Quarter 2006, Ovid, am 08.07.2006
- ❖ Cinahl 1982–June 5 2006, Ovid, am 08.07.2006
- ❖ Pascal 2001.–June 2006, Ovid, am 09.07.2006
- ❖ Medline 1966 to Present, Ovid, am 10.7.2006
- ❖ Embase 1988 to 2006 Week 27, Ovid, am 11.07.2006.

Durchsuchte Datenbanken

Die im Anhang angeführte Suchstrategie für Medline ging aus einer Präzisierung der Suche in Cochrane Central hervor und wurde für Embase modifiziert.

Suchstrategie im Anhang

Nach Entfernung der Duplikate lagen insgesamt 194 Treffer vor. Diese wurden durch Auswertung der Literatur, Handsuche in Zeitschriften und Hinweise auf Quellen durch Dritte ergänzt, wodurch sich die Trefferzahl auf 216 erhöhte. Von den auf diese Weise identifizierten Arbeiten wurden 49 in das Assessment eingeschlossen.

49/216 Publikationen für das Assessment herangezogen

Die anderen Studien wurden ausgeschlossen, da sie sich explizit mit folgenden Themen befassten:

Exkludierte Studien

- ❖ Kommunikations- oder Lerntheorien
- ❖ Patientenzufriedenheit
- ❖ Patientengruppen mit bestimmten Krankheitsbildern für konkrete Therapieentscheidungen
- ❖ Medizinische Guidelines für ÄrztInnen
- ❖ Kommunikation zwischen ÄrztInnen unterschiedlicher Fachrichtungen
- ❖ Psychotherapie in der ärztlichen Praxis
- ❖ Elektronische Patienteninformationen
- ❖ Evaluierung von Messinstrumenten.

1.4 Verwendung von „Surrogatparametern“ für das ärztlich-therapeutische Gespräch

Da keine einzige randomisierte kontrollierte Studie (RCT) identifiziert werden konnte, die als Intervention ein 10-15 minütiges ärztlich-therapeutisches Gespräch, wie es im österreichischen Leistungskatalog definiert ist, in Bezug auf verschiedene Outcome-Parameter evaluierte, mussten sog. „Surrogatparameter“ für das ärztlich-therapeutische Gespräch herangezogen werden. Diese umfassten folgende Interventionen:

Surrogatparameter für Ergebnismessung

- ❖ Länger dauerndes Arzt-Patienten-Gespräch
- ❖ Ausführliche Patienteninformationen
- ❖ Partizipative Entscheidungsfindung
- ❖ Gute ärztliche Kommunikationsfertigkeiten
- ❖ Berücksichtigung von Patientenbedürfnissen
- ❖ Spezielle Ausbildung von ÄrztInnen für ein Arzt-Patienten-Gespräch
- ❖ Thematisierung von Patientenanliegen.

1.5 Auswahl der Ergebnisvariablen (Endpunkte)

Erreichen von Therapiezielen

Von Interesse war primär, ob ein ärztlich-therapeutisches Gespräch dazu beitragen kann, dass Therapieziele – also Heilung, Besserung, Nicht-Progredienz, etc. – eher/leichter erreicht werden. Mit dem Endpunkt „Erreichen von Therapiezielen“ befasst sich Kapitel 2.

Compliance

Auch die Erhöhung der Compliance kann ein wichtiges Ergebnis des ärztlich-therapeutischen Gesprächs sein (Kapitel 3). Weitere Qualitätsaspekte der Behandlung werden in den Kapiteln 4-6 behandelt.

Patientenmitbestimmung

Aus ökonomischer Sicht ist zu wünschen, dass die Kosten für das ärztlich-therapeutische Gespräch durch eine zurückhaltendere Verschreibungs- und/oder Überweisungspraxis kompensiert werden. Ob dies auf Basis der gefundenen Studienergebnisse möglich ist, wird in Kapitel 7 dargestellt. Schließlich beschäftigt sich Kapitel 8 mit Determinanten der Effektivität des ärztlich-therapeutischen Gesprächs.

Patienten-Selbstmanagement

Patientenzufriedenheit

Behandlungsaufwand

Es wurde versucht, primär *kontrollierte* Studien für das Assessment heranzuziehen. Nur aus solchen kann man auch den Effekt der *Wirksamkeit* ableiten. Wegen der schwierigen Operationalisierung ist es aber auch wichtig, Ergebnisse aus qualitativen Studien oder Beobachtungs- bzw. Kohortenstudien zu betrachten, da sie Einsichten in das Prozessverständnis eröffnen können.

2 Das Erreichen von Therapiezielen

Tabelle 2-1: Ausgewählte Studien zur Erreichung von Therapiezielen

Erstautor, Jahr	Quelle	Studientyp	Evaluierte Studien/Stichproben
Lewin, 2001 [5]	Cochrane	Systematischer Review	17 RCTs
Wilson, 2002 [6]	Br J Gen Pract	Systematischer Review	10 Kohortenstudien
Mead, 2002 [7]	Patient Educ Couns	Systematischer Review	8 Kohortenstudien
Kinmonth, 1998 [8]	BMJ	RCT	250 PatientInnen, 41 Allgemeinpraxen
Bieber, 2006 [9]	Patient Educ Couns	RCT	111 Fibromyalgie-PatientInnen, 1 Uni-Klinik
Stewart, 1995 [10]	Can Med Assoc J	Systematischer Review	11 RCTs, 10 Kohortenstudien
Griffin, 2004 [11]	Ann Fam Med	Systematischer Review	35 RCTs
Bertakis, 1998 [12]	Med Care	RCT	509 PatientInnen, 26 AllgemeinmedizinerInnen, 79 InternistInnen
Elley, 2003 [13]	BMJ	RCT	750 PatientInnen, 42 Allgemeinpraxen
Little, 2001 [14]	BMJ	Beobachtungsstudie	865 PatientInnen, 3 Allgemeinpraxen
Sonnville, 1997 [15]	Diabetologica	Kohortenstudie	418 Diabetes-PatientInnen, 28 AllgemeinmedizinerInnen
Bell, 2001 [16]	Arch Intern Med	Kohortenstudie	909 PatientInnen, 45 Arztpraxen (AllgemeinmedizinerInnen, InternistInnen, KardiologInnen)

Der bedeutsamste Effekt des ärztlich-therapeutischen Gesprächs wäre die Erreichung von realistischen Therapiezielen. Dies kann für die PatientInnen bedeuten: Linderung oder Verschwinden von Symptomen, Heilung der Erkrankung, bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität, Prävention von Erkrankungen, oder, im Falle von chronischen oder unheilbaren Krankheiten, eine verlangsamte Progredienz der Erkrankung. Allerdings stellen sich manche dieser Effekte, speziell bei komplexen (z. B. psychischen Problemen) oder präventiven Maßnahmen erst nach längeren Zeiträumen ein und können daher während der Studiendauer nur eingeschränkt beobachtet werden.

Ein rezenter Cochrane Review beschäftigte sich mit einem patientenzentrierten Vorgehen in der ärztlichen Konsultation [5]. Nach Identifikation von 17 hochwertigen Studien fand sich starke Evidenz dafür, dass Interventionen und Trainingsprogramme, die Patientenzentriertheit fördern sollen, erfolgreich sind, d. h. ÄrztInnen, die darauf geschult werden, gehen in der Beratung dann auch tatsächlich patientenzentriert vor. Jedoch mangelt es an Studien, die zeigen können, dass es durch patientenzentrierte Beratung auch tatsächlich zu signifikanter Verbesserung von Gesundheitszustand und/oder Lebensstil der PatientInnen kommen kann.

Erreichen von Therapiezielen wäre bedeutsamster Effekt des ärztlich-therapeutischen Gesprächs

Interventionen, die Patientenzentriertheit fördern sollen, meist erfolgreich

**Patientenzentrierte
ärztliche Beratung führt
aber nicht zwangsläufig
zu einem besseren
Gesundheitszustand von
PatientInnen**

Wilson und Childs präsentierten 2002 einen systematischen Review über den Zusammenhang zwischen Länge des ärztlich-therapeutischen Gesprächs und Behandlungsergebnissen [6]. Es stellte sich heraus, dass in einem längeren Arzt-Patienten-Gespräch zwar eher wichtige Aspekte der Behandlung angesprochen werden, es aber keinen Hinweis darauf gibt, dass ein solches auch zu einem besseren Gesundheitszustand von PatientInnen führt. Der systematische Review von Mead et al. identifizierte Beobachtungsstudien, die sich mit dem Zusammenhang von patientenzentrierter ärztlicher Beratung und verschiedenen patientenrelevanten Outcome-Parametern beschäftigten [7]. Zwar wurde in einigen Studien von positiven Zusammenhängen berichtet, jedoch gab es mindestens ebenso viele nicht signifikante Ergebnisse, vor allem was das Erreichen von Therapiezielen betrifft.

**Beratung durch
kommunikations-
geschulte ÄrztInnen
führt zwar zu höherer
Patientenzufriedenheit,
aber nicht zum
Erreichen von
Therapiezielen**

Die Briten Kinmonth et al. beschäftigen sich mit dem Effekt eines speziellen Trainings von ÄrztInnen und Pflegekräften auf den Lebensstil und das physische und psychosoziale Befinden von Diabetes Typ 2 PatientInnen [8]. In der Studie, die in 41 Allgemeinpraxen mit 250 PatientInnen durchgeführt wurde, zeigte sich nach einem Jahr, dass sich trainierte ÄrztInnen stärker auf den Konsultationsprozess als auf die Präventivversorgung konzentriert hatten als untrainierte ÄrztInnen. Zwar berichteten PatientInnen aus der Interventionsgruppe von einer besseren Kommunikation mit ihren ÄrztInnen, einer höheren Behandlungszufriedenheit und einem besseren Wohlbefinden, sie hatten aber auch höhere Body Mass Indices, höhere Triglyzeridwerte und weniger Wissen in Bezug auf ihre Erkrankung als die PatientInnen aus der Kontrollgruppe. Bezüglich Lebensstil und Blutzuckerkontrolle gab es keine Unterschiede zwischen den Gruppen. In der Folgestudie der Heidelberger Uniklinik zur partizipativen Entscheidungsfindung [17], wurden 67 Fibromyalgie-Patientinnen aus den beiden Interventionsgruppen, die eine Patienteninformation bzw. Patienteninformation und Beratung durch kommunikationsgeschulte ÄrztInnen erhalten hatten, mit 44 Kontrollpatientinnen, die an der selben Erkrankung litten, verglichen [9]. Obwohl die besten Arzt-Patienten-Interaktionen in der Gruppe mit den geschulten ÄrztInnen zu sehen waren, gab es hinsichtlich gesundheitsrelevanter Outcome-Parameter nach 1 Jahr keine Unterschiede zwischen den 3 Gruppen.

**In anderen Studien
wurden positivere
Effekte des ärztlich-
therapeutischen
Gesprächs gefunden**

In anderen Studien wurden dagegen positive Auswirkungen des ärztlich-therapeutischen Gesprächs auf das Behandlungsergebnis gefunden. Moira Stewart ging in einem systematischen Review der Frage nach, ob die Qualität des Arzt-Patienten-Gesprächs einen Impakt auf den Gesundheitszustand der PatientInnen haben kann [10]. Von den 21 analysierten Studien, die im Zeitraum 1983-1993 erschienen waren, zeigten 16 Studien einen positiven, 4 einen negativen und 1 einen neutralen Effekt. Als patientenrelevante Endpunkte kamen emotionales Befinden, Symptomminderung, Leistungsfähigkeit und physiologische Maße wie Blutzuckerspiegel und Blutdruck am häufigsten vor. Die Amerikaner Griffin et al. fassten in einem systematischen Review die Ergebnisse aus 35 randomisierten Studien zusammen, die sich mit der Verbesserung der Arzt-Patienten-Interaktion befasst hatten [11]. Es zeigte sich, dass eine Reihe von Maßnahmen diese verbessern kann. Als nützlich erwiesen sich etwa die Aufklärung der PatientInnen über die Krankheit, die Erklärung von Behandlungsoptionen oder die Beratung zur Lebensstiländerung sowie die Aufmerksamkeit, die ÄrztInnen psychosozialen Problemen ihrer PatientInnen zukommen lassen. In 44 % der Studien wirkte sich eine verbesserte Arzt-Patienten-Interaktion positiv auf den subjektiven Gesundheitszustand der PatientInnen aus, in 20 % war der Effekt negativ und in 36 % zeigte sich kein signifikanter Effekt.

Für eine amerikanische Studie wurden 509 erwachsene PatientInnen randomisiert AllgemeinmedizinerInnen oder InternistInnen zugeteilt und ein Jahr lang beobachtet [12]. Analysiert wurde der Zusammenhang zwischen dem Behandlungsstil der ÄrztInnen (Beratung der PatientInnen vs. keine Beratung) und dem subjektiven Gesundheitszustand der PatientInnen. Ob die Behandlung durch AllgemeinmedizinerInnen oder InternistInnen erfolgte, hatte keine Relevanz für das Outcome. Als wichtig und statistisch signifikant stellte sich jedoch der Behandlungsstil der ÄrztInnen heraus: PatientInnen, die von ÄrztInnen beraten wurden, v. a. in psychosozialen Belangen, hatten nach einem Jahr in der Regel einen besseren subjektiven Gesundheitszustand als nicht beratene PatientInnen.

Für eine neuseeländische Studie erhielten ÄrztInnen ein 4-stündiges Training, in dem sie lernten, wie sie PatientInnen davon überzeugen können, Bewegung und Sport zu treiben [13]. PatientInnen, die zwischen 40 und 79 Jahre alt waren, und für die gemäß Anamnese ein Lebensstil mit mehr Bewegung indiziert war, wurden in 2 Gruppen geteilt: die Interventionsgruppe erhielt eine ärztliche Beratung in Bezug auf die beschriebene Lebensstiländerung, während die Kontrollgruppe keine solche Beratung erhielt. Nach einem Jahr waren noch 750 von 878 Patienten in der Studie. Die Personen aus der Interventionsgruppe war zu diesem Zeitpunkt um durchschnittlich 34 Minuten pro Woche länger sportlich aktiv als Personen aus der Kontrollgruppe. Weiters war die gesundheitsbezogene Lebensqualität, gemessen mit dem SF-36, in den Bereichen allgemeine Gesundheit, physische Aktivität, Vitalität und Schmerzen der Patienten aus der Interventionsgruppe signifikant besser.

Inwieweit Patientenwünsche und Bedürfnisse im ärztlich-therapeutischen Gespräch erfüllt werden, haben Little et al. untersucht [14]. Dazu wurden 865 Patienten in drei Allgemeinpraxen auf ihre Wünsche befragt und der Zusammenhang mit dem Erreichen von Therapiezielen untersucht. Es zeigte sich, dass sich die meisten PatientInnen eine patientenzentrierte Kommunikation wünschen. Wenn sie mit dem ärztlichen Gespräch zufrieden waren, konnten sie besser mit ihrer Krankheit umgehen und litten weniger unter den Krankheitssymptomen. Eine niederländische Gruppe versuchte zu ermitteln, wie sich das neue Versorgungssystem, das u. a. eine gezielte Beratung der PatientInnen inkludiert, auf HbA-Werte, Risiken für kardiovaskuläre Ereignisse, das generelle Wohlbefinden sowie die Behandlungszufriedenheit von DiabetespatientInnen Typ 2 auswirkt [15]. Das neue Versorgungssystem wurde von ÄrztInnen und PatientInnen im Allgemeinen gut angenommen. Die Beratung führte im speziellen zu einer besseren Blutzuckerkontrolle und einer niedrigeren Inzidenz von Hypoglykämie. In einer amerikanischen Kohortenstudie mit 909 PatientInnen, die bei AllgemeinmedizinerInnen, InternistInnen und KardiologInnen aus Gruppenpraxen vorstellig wurden, wurden die PatientInnen nach dem Arztbesuch nach Anliegen gefragt, die sie in der Konsultation nicht mitgeteilt hatten [16]. Ca. 9 % der PatientInnen hatten solche nicht kommunizierte Anliegen. Diese PatientInnen waren zumeist jung, hatten eine niedrige Schulbildung und nicht besonders großes Vertrauen in den Arzt/die Ärztin. Sie zeigten nach 2 Wochen im Vergleich zu den anderen PatientInnen aus der Studie anhaltendere Symptome.

Ärztliche Beratung, v. a. in psychosozialen Belangen, kann wichtig für subjektiven Gesundheitszustand der PatientInnen sein

Verbesserung von Lebensstil und subjektivem Gesundheitszustand durch ärztliche Beratung

Positive Effekte des patientenzentrierten ärztlichen Vorgehens aus Kohorten- und Beobachtungsstudien

Resumée Eine eindeutige Antwort, ob sich das ärztlich-therapeutische Gespräch positiv auf das Erreichen von Therapiezielen auswirkt, ist aus den vorliegenden Studien nicht ableitbar, was auch durch die Heterogenität der Studien bedingt sein dürfte. Manche Therapieziele können evtl. erst zu einem späteren Zeitpunkt erreicht werden, entziehen sich somit der Beobachtung und können deshalb in den Studien auch nicht als erreichte Endpunkte erfasst werden. In jedem Fall sollten die Forschungsbemühungen verstärkt werden, um herauszufinden, unter welchen Bedingungen und bei welchen PatientInnen bzw. Erkrankungen das ärztlich-therapeutische Gespräch für das Erreichen von Therapiezielen wirksam und wichtig ist.

3 Compliance

Tabelle 3-1: Ausgewählte Studien zu Compliance und Adhärenz

Erstautor, Jahr	Quelle	Studientyp	Evaluierte Studien/Stichproben
Britten, 2000 [18]	BMJ	Qualitative Studie	35 ärztliche Konsultationen in 20 Allgemeinpraxen
Barry, 2000 [19]	BMJ	Qualitative Studie	35 ärztliche Konsultationen in 20 Allgemeinpraxen
Kerse, 2004 [20]	Ann Fam Med	Kohortenstudie	370 PatientInnen, 22 Allgemeinpraxen
Cegala, 2000 [21]	Arch Fam Med	RCT	150 PatientInnen, 25 AllgemeinmedizinerInnen
Haynes, 2002 [22]	Cochrane	Systematischer Review	33 RCTs

In der Medizin bedeutet *Compliance* die Bereitschaft des Patienten oder der Patientin, eine medizinische Empfehlung zu befolgen. Dies kann sich auf die Einnahme von Medikamenten oder eine Lebensstiländerung beziehen [21].

Im angelsächsischen Sprachraum wird *Compliance* zunehmend durch den Begriff *Adhärenz* (Adherence) ersetzt. Adhärenz bezeichnet die Einhaltung der gemeinsam von Patient und Arzt gesetzten Therapieziele. Adhärenz setzt im Unterschied zur Compliance voraus, dass der Patient/die Patientin die vereinbarten Therapieziele versteht und mit ihnen auch einverstanden ist. Im Sinne einer partnerschaftlichen Vorstellung der Arzt-Patienten-Beziehung scheint daher der Terminus Adhärenz der adäquatere zu sein.

Studien zeigen, dass die Rate der Non-Compliance, je nach Situation und Definition, zwischen 30 und 60 % liegt [23]. PatientInnen, die non-compliant sind, haben zum Beispiel Zweifel an der Wirksamkeit des Medikaments, das sie nehmen sollen, haben Angst vor den Nebenwirkungen, haben nur unzureichende Informationen erhalten oder verstehen diese nicht, oder haben mangelndes Vertrauen in ihre Ärztin/ihren Arzt. Deshalb wird vielfach davon ausgegangen, dass Compliance durch eine gute und für beide Seiten zufrieden stellende Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn erhöht werden kann. Die Compliance von PatientInnen ist wahrscheinlich nur zu steigern, wenn sich ÄrztIn und PatientIn über die weitere Behandlung einig sind.

Compliance-Forschung gibt es schon lange. Miller fasst in einem Übersichtsartikel positive Einflussfaktoren, die aus der Kommunikation zwischen PatientIn und Arzt/Ärztin resultieren, wie folgt zusammen [23]: Eine bessere Compliance wird erreicht, wenn PatientInnen zufrieden sind, Patientenerwartungen erfüllt werden, der Arzt/die Ärztin um PatientIn bemüht erscheint, Fragen stellt und sich ausreichend Zeit nimmt, und ÄrztInnen sich einer speziellen Schulung unterzogen haben.

In einer qualitativen Studie beschäftigten sich Britten et al. mit der Bereitschaft von PatientInnen, sich an die vorgeschriebene Medikation zu halten [18]. Dabei richteten sie ihren Fokus gezielt auf Missverständnisse zwischen PatientInnen und ÄrztInnen in Bezug auf die verordnete Medikation als auch die Therapieziele. Tatsächlich traten solche Missverständnisse bei 28 von 35 Konsultationen in 20 verschiedenen Hausarztpraxen auf. Ein Großteil der Missverständnisse war darauf zurückzuführen, dass PatientInnen nicht in den Entscheidungsprozess mit eingebunden waren, und war laut Autoren mit potentieller oder tatsächlicher Non-Compliance assoziiert. Barry et al. publizierten mit den Daten der selben Studie einen Artikel zur Frage, welche Folgen

Compliance: Befolgung der medizinischen Empfehlung

Adhärenz: Befolgung basierend auf Einverständnis

Non-Compliance bei 30-60 % der PatientInnen

Einbindung der PatientInnen in den Entscheidungsprozess kann wichtig für Compliance sein

es haben kann, wenn PatientInnen ihre Anliegen in der ärztlichen Konsultation nicht aussprechen (können) [19]. Dies war in 14 von 35 Konsultationen der Fall und führte immer zu mindestens einem der folgenden Probleme: PatientIn wurde Medikament verschrieben, das sie/er gar nicht wollte, das Medikament wurde nicht eingenommen, oder PatientIn hielt sich nicht an die Empfehlungen von Arzt/Ärztin. Kerse et al. führten in 22 zufällig ausgewählten Praxen von AllgemeinmedizinerInnen in Neuseeland eine Befragung durch, bei der 370 PatientInnen teilnahmen [20]. 220 dieser PatientInnen (61 %) war vom Arzt ein Medikament verschrieben worden, und 79 % (174/220) nahmen das Medikament nach 4 Tagen tatsächlich auch noch ein. Es zeigte sich, dass PatientInnen, die sich von Arzt/Ärztin verstanden fühlten und den Eindruck hatten, das Therapieziel in Übereinstimmung mit ihrem Arzt/ihrer Ärztin vorgegeben zu haben, eine um ein Drittel höhere Bereitschaft zeigten, das verschriebene Medikament auch tatsächlich einzunehmen. Andere Faktoren hatten keinen signifikanten Einfluss auf die Compliance.

**Patientenschulung
positive Auswirkungen
auf Compliance**

In einer randomisierten kontrollierten Studie mit 150 Patienten, die in 3 Gruppen geteilt wurden – Patientenschulung, Patienteninformation und keine Schulung oder Information –, zeigte sich, dass die Gruppe der geschulten PatientInnen eine signifikant höhere Compliance als die beiden anderen Gruppen zeigte [21]. Die bessere Compliance bezog sich sowohl auf die Medikamenteneinnahme als auch auf Verhaltensänderungen und die Einhaltung von Arztterminen.

**Effektive Maßnahmen
zur Erhöhung der
Compliance sehr
komplex**

Ein Cochrane Review beschäftigte sich mit der Frage, ob Interventionen, die die Compliance von PatientInnen erhöhen sollen, auch tatsächlich erfolgreich sind [22]. Es wurden nur RCTs in die Analyse aufgenommen und als Endpunkte wurden sowohl Compliance bzw. Adhärenz als auch klinischer Outcome herangezogen. Von den 3 RCTs, die sich auf eine kurze Behandlung bezogen, wurde in einem ein Effekt auf Compliance und klinisches Outcome gezeigt. Von den 36 Interventionen bei längeren Behandlungen, die in 30 RCTs evaluiert wurden, zeigten 18 einen Effekt auf die Compliance und 16 einen Effekt auf den klinischen Outcome. Fast alle effektiven Interventionen bestanden aus komplexen Maßnahmen, die u. a. beinhalteten: Information, Erinnerung, Self-Monitoring, Bestärkung, Beratung, persönliche Betreuung. Aber selbst die effektivsten Interventionen führten nicht zu großen Steigerungsraten bzgl. Compliance und Outcome. In 2 Studien wurde gezeigt, dass die ausführliche Information über mögliche Nebenwirkungen die Compliance der PatientInnen nicht beeinflusste.

Resumée

Die Compliance von PatientInnen, v. a. in Bezug auf die verordnete Medikamenteneinnahme kann wahrscheinlich gesteigert werden, wenn PatientInnen in die Entscheidung mit eingebunden werden. Daneben sind aber noch andere Maßnahmen notwendig, wie Erinnerung oder „liebevoller“ Kontrolle. Man kann also annehmen, dass ein ärztlich-therapeutisches Gespräch, das diese Elemente beinhaltet, zu einer Steigerung der Compliance führen kann. Allerdings scheinen die Erfolgsraten in Bezug auf die Steigerung der Compliance insgesamt nur bescheiden zu sein.

4 Patientenmitbestimmung

Tabelle 4-1: Ausgewählte Studien zur Patientenmitbestimmung

Erstautor, Jahr	Quelle	Studientyp	Evaluierte Studien/Stichproben
Elwyn, 2004 [24]	Fam Pract	RCT	747 PatientInnen, 20 AllgemeinmedizinerInnen
Wetzels, 2005 [25]	Health Expectat	RCT	315 PatientInnen, 25 Allgemeinpraxen
Harrington, 2004 [26]	Patient Educ Couns	Systematischer Review	20 RCTs
Kidd, 2004 [27]	Patient Educ Couns	RCT	332 PatientInnen, 1 interne Abteilung
Street, 2005 [28]	Med Care	Beobachtungsstudie	279 Arzt-Patienten- Interaktionen in 3 Krankenhäusern

In jüngster Zeit hat das Konzept des *Shared Decision Making* (SDM; in deutsch: partizipative Entscheidungsfindung) viel Aufmerksamkeit erhalten. SDM ist eine Form der Arzt-Patienten-Interaktion, bei der beide Partner aktiv und verantwortlich an Entscheidungsprozessen beteiligt sind. Der Austausch von Informationen, die Gleichberechtigung der begründeten Meinungen oder der jeweiligen Präferenzen unterscheidet das Konzept des SDM vom *Informed Consent* (Einwilligung nach ausführlicher Aufklärung), bei dem der Arzt/die Ärztin als ExpertIn dem Patienten/der Patientin Informationen über diagnostische oder therapeutische medizinische Alternativen gibt [29]. In Deutschland wird SDM derzeit im Rahmen des Förderschwerpunkts „Der Patient als Partner im Medizinischen Entscheidungsprozess“ in verschiedenen Studien evaluiert (www.patient-als-partner.de). Von einer aktiveren Patientenmitbestimmung erwartet man sich auch eine Stärkung der Eigenverantwortung von PatientInnen, was zu einer besseren Ressourcennutzung führen kann.

**Shared Decision Making
oder partizipative
Entscheidungsfindung**

Um SDM überhaupt implementieren zu können, müssen gemäß Scheibler und Härter folgende Voraussetzungen gegeben sein [29, 30]:

**Strukturelle
Bedingungen und
mögliche Vorteile**

- ❖ Die PatientInnen brauchen Unterstützung für ihre neue Rolle als mitverantwortliche Entscheider im Versorgungsprozess. Dies kann durch die Entwicklung von Entscheidungshilfen (sog. *Decision Aids* oder *Decision Boards*) und/oder Patientenschulungen erfolgen.
- ❖ ÄrztInnen müssen ihre krankheitsorientierte Perspektive um die Patientenbedürfnisse erweitern. In der ärztlichen Aus- und Fortbildung müssen Fähigkeiten für ein SDM vermittelt werden.
- ❖ Die Strukturen des Gesundheitssystems müssen geeignet sein, um ein SDM zu ermöglichen. Dazu sind bestimmte Rahmenbedingungen und Qualitätssicherungssysteme von Nöten.

Mögliche Effekte der Patientenmitbestimmung, wie sie im Konzept der SDM vorgesehen ist, sind eine höhere Patientenzufriedenheit, eine verbesserte Lebensqualität, ein verbessertes Krankheitsverständnis, eine Zunahme der wahrgenommenen Kontrolle über die Erkrankung, die Verringerung von Ängsten, eine höhere Therapietreue, u. a. [29].

Einige Studien beschäftigten sich mit der Frage, welche Voraussetzungen notwendig sind, um Patientenmitbestimmung überhaupt realisieren zu können. Elwyn et al. testeten in einem RCT mit Cross-over Design die Effekte von 2 Schulungsprogrammen, denen sich 20 britische AllgemeinmedizinerInnen

**Voraussetzungen für
Shared Decision Making
– empirische Ergebnisse**

<p>Interventionen zur Erhöhung der Patientenmitbestimmung zu etwa 50 % erfolgreich</p>	<p>unterzogen [24]. Es stellte sich heraus, dass die ÄrztInnen die PatientInnen nach jeder Schulung stärker in die Entscheidungsfindung mit einbezogen. Daraus ist ableitbar, dass sich ÄrztInnen die Fähigkeiten für ein SDM aneignen können. Ob sich ältere Patienten, die zur Vorbereitung auf die ärztliche Konsultation eine Beratungsbroschüre erhielten, im Kontakt mit Ärztin/Arzt stärker einbringen würden, versuchte eine niederländische Gruppe mittels RCT zu ermitteln [25]. Es wurden aber keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe gefunden.</p>
<p>Patientenmitbestimmung kann von mehreren Faktoren abhängig sein</p>	<p>Ein rezenter systematischer Review von 20 Interventionsstudien ergab, dass etwas mehr als die Hälfte der Interventionen, die darauf abzielten, die Patientenmitbestimmung zu erhöhen, erfolgreich waren [26]. Es war aber weniger die Patientenzufriedenheit, die gesteigert werden konnte, als die Wahrnehmung der Kontrolle über die Erkrankung, eine aktivere Patientenbeteiligung im Beratungsgespräch oder das Einhalten von ärztlichen Empfehlungen. Eine randomisierte klinische Studie zur Überprüfung von Interventionen, die die Partizipation von DiabetespatientInnen erhöhen sollten, ergab, dass PatientInnen in den Interventionsgruppen letztendlich nicht mehr Fragen an Arzt/Ärztin stellten als die PatientInnen aus der Kontrollgruppe [27]. Auch bezüglich Blutzuckerkontrolle gab es keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Allerdings zeigten die Interventionen einen Effekt auf sekundäre Endpunkte, wie Selbstwirksamkeit oder Patientenzufriedenheit.</p> <p>Zwar ist Patientenmitbestimmung abhängig von persönlichen Faktoren, wie Geschlecht oder Bildungsstand der Patienten. Dass aber die Art, wie ÄrztInnen mit ihren PatientInnen sprechen, noch maßgeblicher dafür ist, um eine aktive Patientenbeteiligung zu erreichen, hat eine amerikanische Studie ergeben, für die 279 Arzt-Patienten-Kontakte analysiert wurden [28].</p>
<p>Resumée</p>	<p>Konzepte des <i>Shared Decision Making</i> werden in Zukunft beträchtlich zur Patientenmitbestimmung in der medizinischen Behandlung beitragen. Noch mangelt es an Evidenz der spezifischen Vorteile, allerdings werden derzeit viele Evaluationsstudien durchgeführt, deren Ergebnisse bald vorliegen werden. Im Praxisalltag fordert eine stärkere Patientenbeteiligung ein großes Maß an Kommunikationsfähigkeit auf Seiten der ÄrztInnen und auch mehr Zeit für die ärztliche Konsultation.</p>

5 Patienten-Selbstmanagement

Tabelle 5-1: Ausgewählte Studien zum Patienten-Selbstmanagement
(Krankheitsprävention, Lebensstiländerung, Hilfe zur Selbsthilfe)

Erstautor, Jahr	Quelle	Studientyp	Evaluierte Studien/Stichproben
Andén, 2005 [31]	Fam Pract	Qualitative Studie	Interviews mit 20 PatientInnen
Mullen, 1997 [32]	Pat Educ Couns	Metaanalyse	39 kontrollierte Studien
Edwards, 2000 [33]	Med Decis Making	Systematischer Review	82 Studien mit verschiedenen Designs
Elley, 2003 [13]	BMJ	RCT	750 PatientInnen, 42 Allgemeinpraxen
Arborelius, 1994 [34]	Pat Educ Couns	Qualitative Studie	46 ärztliche Konsultationen
Hudon, 2004 [35]	Fam Pract	Qualitative Studie	Interviews mit 35 AllgemeinmedizinerInnen

Viele Menschen können ihre Gesundheit aus eigener Initiative, wie etwa durch eine Lebensstiländerung, verbessern. Da viele ihre HausärztInnen wenigstens einmal pro Jahr aufsuchen, haben diese theoretisch in regelmäßigen Abständen die Möglichkeit, positiv auf ihre PatientInnen einzuwirken. In diesem Kapitel soll versucht werden, den möglichen Einfluss eines ärztlich-therapeutischen Gesprächs auf das Patienten-Selbstmanagement, das sich in krankheitspräventivem Verhalten, Verbesserung des Lebensstils oder Hilfe zur Selbsthilfe ausdrücken kann, darzustellen.

Was ist Patienten-Selbstmanagement?

Dass sich PatientInnen von einer ärztlichen Konsultation, vor allem bei AllgemeinmedizinerInnen, nicht ausschließlich eine Linderung ihrer Symptome oder eine Heilung ihrer Krankheit erwarten, präsentierte eine schwedische Gruppe in einer rezenten Studie [31]. Dafür wurden 20 mit PatientInnen geführte Interviews phänomenographisch analysiert. Dabei ergaben sich folgende Erwartungen, die PatientInnen mit einem erfolgreichen Hausarztbesuch assoziieren:

Erwartungen von PatientInnen an ihren Hausarzt/ihre Hausärztin

- ❖ Heilung der Erkrankung bzw. Linderung der Symptome
- ❖ Verständnis über die Ursachen der Erkrankung und Erklärung, wie damit umzugehen sei
- ❖ Bestätigung, dass eigene Vorstellungen über die Erkrankung richtig oder unrichtig seien
- ❖ Ausräumen von unbegründeten Ängsten
- ❖ Änderung der Selbstwahrnehmung inkl. Akzeptanz der Grenzen medizinischer Möglichkeiten
- ❖ Allgemeine Zufriedenheit mit der Konsultation.

Daraus schließen die Autoren, dass der Besuch in der Hausarztpraxis für PatientInnen bedeutsamer ist als dies allgemein angenommen wird, und dass sich ÄrztInnen bewusst sein sollen, dass zwar vielfältige Erwartungen an sie gestellt werden, diese sich aber nicht ausschließlich auf Heilung oder Linderung konzentrieren.

In einer Metaanalyse, die die Ergebnisse aus randomisierten und nicht-randomisierten Studien zusammenfasste, versuchten Mullen et al. die Effektivität von Patientenschulung und -beratung in Bezug auf gesundheitsförderndes Verhalten zu evaluieren [32]. Es wurden 39 Studien, die sich mit Rauchen oder Alkoholabusus beschäftigten, 17 Studien, bei denen es um Ernährungsumstellung und/oder Gewichtsreduktion und 18 Studien mit anderen The-

Patientenschulung oder -beratung in Bezug auf gesundheitsförderndes Verhalten kann erfolgreich sein

men in die Analyse mit einbezogen. Insgesamt konnte nachgewiesen werden, dass verschiedene Maßnahmen der Patientenerziehung bzw. -schulung eine Verhaltensänderung in Richtung Krankheitsprävention bewirken können. In allen Interventionsgruppen, unabhängig von der Art des gesundheitsschädigenden Verhaltens, gab es ca. 40 % mehr „erfolgreiche“ PatientInnen als in den Kontrollgruppen. Als besonders effektiv zeigten sich verhaltenstherapeutische Maßnahmen, die sich im Arzt-Patienten-Gespräch, aber auch unter Zuhilfenahme von schriftlichem oder audiovisuellem Material einsetzen lassen. Die Briten Edwards und Kollegen bewerteten in einem systematischen Review die Effektivität des ärztlichen Gesprächs, in dem PatientInnen Nutzen und Risiken der vorgeschlagenen medizinischen Maßnahmen mitgeteilt wurden [33]. Von den 82 Studien, die in die Analyse aufgenommen wurden, wurden als wichtigster Endpunkt die Verhaltensänderungen von PatientInnen gemessen; wurden diese nicht festgehalten, galten Wissensstand, Angstreduktion oder Risikoeinschätzung der PatientInnen als Endpunkte, je nach Fragestellung der Studie. Ganz allgemein hatten die gemessenen Interventionen einen positiven Effekt. Die Effekte waren aber größer, wenn es um Therapieentscheidungen ging als bei präventiven Maßnahmen oder Screenings. RCTs zeigten in der Regel weniger Effekte als andere Studientypen. Im bereits in Kapitel 2 erwähnten neuseeländischen RCT zeigten sich PatientInnen, die von HausärztInnen in Bezug auf eine Lebensstiländerung beraten wurden, auch tatsächlich sportlich aktiver, auch noch nach 1 Jahr [13].

**Lebensstilfragen
eher in längeren Arzt-
Patienten-Gesprächen
thematisiert**

Eine qualitative Studie zu Lebensstilfragen, die in der ärztlichen Praxis angesprochen werden, wurde von Arborelius et al. vorgelegt [34]. Dazu wurden 46 ärztliche Konsultationen mit Video aufgenommen und danach in einzelne Sequenzen zerlegt. Auf Basis von Inhalt und Länge konnten 4 verschiedene Sequenztypen identifiziert werden: 1. eine kurze ärztliche Empfehlung (ca. 50 Sek.); 2. eine kurze, vom Patienten gestellte Frage (ca. 40 Sek.); 3. eine längere ärztliche Empfehlung (ca. 4 Min.); und 4. eine patientenzentrierte Diskussion (ca. 10 Min.). Lebensstilfragen wurden hauptsächlich in Sequenzen vom Typ 4 angesprochen. Diese Typisierung gibt zwar keinen Hinweis darauf, welche Arzt-Patienten-Interaktion qualitativ besser oder effektiver ist, zeigt aber, dass der Lebensstil von PatientInnen eher thematisiert wird, wenn sich ÄrztInnen mehr Zeit für ihre PatientInnen nehmen.

**Beratung zu
Lebensstil und
Patienten-
Selbstmanagement für
ÄrztInnen oft schwierig**

Dass ÄrztInnen unter ihrer neuen Verantwortung, PatientInnen zu einem gesünderen Lebensstil und Selbstmanagement zu motivieren, leiden, war das Resultat einer Studie, in der offene Interviews mit 35 kanadischen AllgemeinmedizinerInnen inhaltsanalytisch ausgewertet wurden [35]. Die ÄrztInnen machten die fehlende Motivation der PatientInnen und die Tatsache, dass die PatientInnen nicht regelmäßig, sondern nur anlassbezogen in der Praxis vorstellig werden, dafür verantwortlich. Die Studienautoren sind deshalb der Meinung, dass ÄrztInnen besser in Kommunikations- und Beratungstechniken ausgebildet werden sollten.

Resumée

Eine wichtige Schnittstelle für Patienten-Selbstmanagement ist die Hausarztpraxis. Im besten Fall wird dort Wissen vermittelt und die Eigenverantwortung der PatientInnen gestärkt. Allerdings ist dies nur möglich, wenn sich ÄrztInnen auch dafür verantwortlich fühlen und nicht nur kurativ, sondern auch „pädagogisch“ für Ihre PatientInnen tätig sein wollen. Dass solche Bemühungen aber erfolgreich sein können, zeigen die vorliegenden Studien.

6 Patientenzufriedenheit

Tabelle 6-1: Ausgewählte Studien zur Patientenzufriedenheit

Erstautor, Jahr	Quelle	Studientyp	Evaluierte Studien/Stichproben
Thomas, 1987 [36]	BMJ	RCT	200 PatientInnen, 1 Allgemeinmediziner
Goedhuys, 2001 [37]	Fam Practice	Qualitative Studie	34 AllgemeinmedizinerInnen
McLean, 2004 [38]	Br J Gen Pract	RCT	110 PatientInnen, 4 Allgemeinpraxen
Lewin, 2006 [5]	Cochrane	Systematischer Review	17 kontrollierte Studien
Bieber, 2006 [17]	Z Med Psychol	RCT	133 Fibromyalgie-Patientinnen, 1 Uni-Klinik

Einer der meist gemessenen Outcome-Parameter, die sich auf das ärztlich-therapeutische Gespräch beziehen, ist die Patientenzufriedenheit. Sie ist zu einem wichtigen Bestandteil des Qualitätsmanagements geworden. Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit ist eine Folge der Übereinstimmung bzw. Nicht-Übereinstimmung von erwarteten und erlebten Gegebenheiten. Patientenzufriedenheit ist jedoch keine objektiv messbare Größe, weil sie auf individuellen Ansprüchen, Erfahrungen, Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozessen beruht, was die Operationalisierung der Variablen erschwert. In diesem Kapitel soll nur auf einige Studien, die sich mit Patientenzufriedenheit als Effekt von Arzt-Patienten-Kommunikation beschäftigt haben, eingegangen werden.

**Patientenzufriedenheit
häufigster
Outcome-Parameter**

Eine britische Studie untersuchte, ob es sich lohnt, dass ÄrztInnen ihren PatientInnen Zuversicht vermitteln [36]. In die Studie aufgenommen wurden 200 PatientInnen, die mit Symptomen, aber normalen somatischen Befunden, bei ihrem Hausarzt vorstellig wurden. 100 PatientInnen wurden einer „positiven“ Konsultation (Patienten/-in wurde eine Diagnose mitgeteilt und der Arzt versicherte, dass es ihm/ihr in wenigen Tagen besser gehen würde) und 100 einer „negativen“ Konsultation (Arzt teilte PatientIn mit, dass er sich nicht sicher sei, woran er/sie leide) zugeteilt. In beiden Gruppen erhielten je 50 PatientInnen eine Verschreibung. In der „positiven“ Gruppe wurde den PatientInnen entweder mitgeteilt, dass das Medikament sicher wirken (mit Verschreibung) oder sie/er gar kein Medikament brauchen würde, um von den Symptomen befreit zu werden (ohne Verschreibung). In der „negativen“ Gruppe teilte der Arzt dem Patienten/der Patientin entweder mit, dass er sich nicht sicher wäre, ob das Medikament wirken würde (mit Verschreibung) oder kein Medikament verordnet wird, da eine definitive Diagnose nicht möglich wäre (ohne Verschreibung). Es stellte sich heraus, dass PatientInnen, die eine „positive“ Konsultation erhalten hatten, 2 Wochen nach dem Arztbesuch signifikant zufriedener waren als die PatientInnen aus der „negativen“ Gruppe. Keinen Einfluss auf die Zufriedenheit hatte die Tatsache, ob dem Patienten/der Patientin ein Medikament verschrieben worden war oder nicht. Auch die Besserungsraten waren in der „positiven“ Gruppe höher als in der „negativen“ Gruppe (64 % vs. 39 %), während es bzgl. medikamentöser Behandlung versus Nicht-Behandlung kaum Unterschiede gab (53 % vs. 50 %).

**Ärztliche Zuversicht
wichtig für
Patientenzufriedenheit**

**Längere ärztliche
Konsultationen
mit höherer
Patientenzufriedenheit
assoziiert**

Die Auswirkung der Dauer der ärztlichen Konsultation auf die Patientenzufriedenheit versuchten Goedhuys und Rethans zu erheben [37]. An der Studie nahmen 34 auszubildende AllgemeinmedizinerInnen teil, die in simulierten Patientenkontakten von mehreren Beobachtern beurteilt wurden. Es stellte sich heraus, dass die Arzt-Patienten-Kommunikation in kürzeren Patientenkontakten mit höherem technischen Einsatz schlechter beurteilt wurde. Auch waren PatientInnen nach solchen Konsultationen unzufriedener. Auch McLean und Armstrong sind zum Schluss gekommen, dass sich längere Gespräche, in denen PatientInnen aufgefordert werden, ihre Anliegen kundzutun, positiv auf bestimmte Aspekte der Patientenzufriedenheit auswirken [38]. In anderen Bereichen konnten sie aber keine Vorteile für die PatientInnen identifizieren. Sie geben deshalb zu bedenken, ob sich der Aufwand und die damit verbundenen Mehrkosten tatsächlich lohnen, wenn der Nutzen doch relativ gering ist.

**Patientenzentriertes
ärztliches Vorgehen
führt in etwa 50 %
zu höherer
Patientenzufriedenheit**

Eine Cochrane-Review, für den 17 hochqualitative Studien ausgewählt wurden, befasste sich mit der Frage, ob verschiedene Interventionen wie Schulungsprogramme für ÄrztInnen dazu führen können, dass ÄrztInnen in der Betreuung tatsächlich patientenzentrierter vorgehen [5]. Es zeigte sich einigermaßen gute Evidenz, dass einige dieser Interventionen tatsächlich erfolgreich sind. Als Effekt des patientenzentrierten Vorgehens wurde in den meisten Studien die Patientenzufriedenheit gemessen, die in 6/11 Studien in den Interventionsgruppen höher als in den Kontrollgruppen war. In einer medial viel beachteten, rezenten Studie, die an der Uniklinik Heidelberg durchgeführt wurde, verglichen die Wissenschaftler drei Gruppen von insgesamt 133 Patientinnen mit Fibromyalgie, die entweder nur behandelt wurden, eine zusätzliche Patienteninformation zu Therapieangeboten im Internet zur Verfügung hatten oder zusätzlich von ÄrztInnen behandelt wurden, die in einem Kommunikationstraining geschult wurden [17]. Die Studie zeigte, dass Patientinnen mehr Information und den Umgang mit kommunikationsgeschulten ÄrztInnen, die ihre Patienten aktiv in Therapieentscheidungen einbeziehen, als Bereicherung empfinden. Die Zusammenarbeit mit Arzt/Ärztin wurde insgesamt positiver bewertet als in der Vergleichsgruppe; Entscheidungskonflikte und Behandlungsstress traten seltener auf, und die Patienten konnten besser mit ihren Schmerzen umgehen.

Resumée

Patientenzufriedenheit ist einer der am häufigsten gemessenen Outcome-Parameter in Bezug auf den ärztlichen Behandlungsstil. Patientenzentrierte Konsultationen und ÄrztInnen, die sich Zeit nehmen und Zuversicht vermitteln, scheinen zu einer höheren Patientenzufriedenheit zu führen.

7 Behandlungsaufwand

Tabelle 7-1: Ausgewählte Studien zum Behandlungsaufwand

Erstautor, Jahr	Erschienen in	Studientyp	Stichproben
Bower, 2006 [39]	Cochrane	Systematischer Review	7 RCTs
Simon, 2002 [40]	Med Care	RCT	377 depressive PatientInnen
Briel, 2006 [41]	Swiss Med Weekly	RCT	837 PatientInnen, 45 AllgemeinmedizinerInnen
Kennedy, 2002 [42]	JAMA	RCT	894 Frauen mit Menorrhagie, 6 Krankenhäuser
Di Caccavo, 2000 [43]	J Health Psychol	Qualitative Studie	30 ärztliche Konsultationen
Stewart, 2000 [44]	J Fam Pract	Kohortenstudie	315 PatientInnen, 39 AllgemeinmedizinerInnen

Das ärztlich-therapeutische Gespräch hat möglicherweise einen Effekt auf den weiteren Behandlungsaufwand und damit auch die Behandlungskosten. So könnte es zum Beispiel bewirken, dass weniger Medikamente verschrieben und weniger Überweisungen ausgestellt oder weniger zusätzliche medizinische Tests angeordnet werden.

Ein rezenter Cochrane-Review zur klinischen Effektivität und Kosteneffektivität der ärztlichen Beratung in der Allgemeinpraxis beschreibt die Ergebnisse aus 7 kontrollierten Studien mit PatientInnen, die psychische oder psychosoziale Probleme hatten [39]. Während den PatientInnen in den Interventionsgruppen (mit ärztlicher Beratung) weniger psychotrop wirkende Substanzen insgesamt verschrieben wurden als den KontrollpatientInnen, gab es hinsichtlich der Verordnung von Antidepressiva keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Daraus kann geschlossen werden, dass die Mehrkosten aus ärztlicher Beratung evtl. durch eine niedrigere Verschreibungshäufigkeit kompensiert werden, es in Summe aber keine Kostenunterschiede gibt. In einer amerikanischen Studie wurde die Kosteneffektivität eines Präventionsprogramms für depressive PatientInnen, wie es zum Beispiel in der Allgemeinpraxis eingesetzt werden kann, getestet [40]. Depressive PatientInnen, denen es zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Studie relativ gut ging, aber ein hohes Risiko für einen Rückfall hatten, wurden randomisiert 2 Gruppen zugeordnet: die Interventionsgruppe unterzog sich einem Präventionsprogramm, das aus Patientenschulung, zwei psychosozialen Beratungsgesprächen und der Mitbeteiligung an der Entscheidung für die medikamentöse Therapie bestand. Die Kontrollgruppe erhielt die übliche antidepressive Therapie. Innerhalb von 12 Monaten zeigten PatientInnen aus der Interventionsgruppe durchschnittlich 14 mehr depressionsfreie Tage als die KontrollpatientInnen. Die daraus resultierende Gesamtkostenersparnis betrug durchschnittlich USD 14 pro depressionsfreiem Tag und Patient.

Mit der Verschreibungshäufigkeit von Antibiotika nach einem ärztlich-therapeutischen Gespräch hat sich eine Schweizer Gruppe auseinandergesetzt [41]. Für die randomisiert kontrollierte Studie wurden die 45 teilnehmenden AllgemeinmedizinerInnen in 2 Gruppen unterteilt: Gruppe 1 erhielt eine Schulung in patientenzentrierter Kommunikation sowie die evidenzbasierten Leitlinien zum Management von akuten Atemwegserkrankungen, und Gruppe 2 erhielt nur die evidenzbasierten Leitlinien. In beiden Gruppen war die Ver-

Kostensparnis für weitere Behandlungen?

Keine eindeutige Kostensparnis bei PatientInnen mit psychischen oder psychosozialen Problemen, aber evtl. Kostenkompensation

Keine reduzierte Verschreibungshäufigkeit von Antibiotika

schreibungshäufigkeit von Antibiotika gering (ca. 15 %), aber nur die Hälfte der Verschreibungen entsprach den evidenzbasierten Leitlinien. Die Schulung in patientenzentrierter Kommunikation führte zu keiner verminderten Verschreibungsrate.

Kostensparnis bei Frauen mit Menorrhagie

In einer großen, randomisiert kontrollierten britischen Studie wurden 894 Frauen mit Menorrhagie 3 Gruppen zugeordnet: Interventionsgruppe 1 erhielt Informationsmaterial in schriftlicher und audiovisueller Form und ein ärztliches Gespräch, in dem offene Fragen geklärt werden konnten, Interventionsgruppe 2 erhielt nur das Informationsmaterial und Gruppe 3 war die Kontrollgruppe [42]. Die Interventionen hatten einen signifikanten Einfluss auf die Kosten, die innerhalb von 2 Jahren aus der Behandlung der Frauen erwachsen. So betragen die durchschnittlichen Behandlungskosten pro Patientin in Interventionsgruppe 1 USD 1.566, in Interventionsgruppe 2 USD 2.026 und in der Kontrollgruppe USD 2.751. Frauen aus Interventionsgruppe 1 unterzogen sich auch weniger häufig einer Hysterektomie als die Frauen aus Interventionsgruppe 2 und Kontrollgruppe (38 % vs. 48 % vs. 48 %).

Kostensparnis bei patientenzentriertem Vorgehen in der Hausarztpraxis

Eine qualitative Studie, für die 30 ärztliche Beratungsgespräche auf Tonband aufgenommen, transkribiert und kodiert wurden, ergab, dass Konsultationen, in denen ÄrztInnen mit ihren PatientInnen über mögliche Coping-Strategien, soziale Unterstützung und/oder Behandlungsoptionen sprachen, weniger häufig mit der Verschreibung eines Medikaments endeten als Konsultationen, in denen nicht über diese Dinge gesprochen wurde [43]. Dies zeigte sich sowohl bei PatientInnen, die Arzt/Ärztin das erste Mal wegen ihrer Probleme aufsuchten als auch bei PatientInnen, die zum wiederholten Mal vorstellig wurden. Eine Kohortenstudie unter Einbeziehung von 39 HausärztInnen und 315 PatientInnen wurde in Kanada durchgeführt, um zu eruieren, welchen Zusammenhang es zwischen patientenzentrierter Kommunikation in der Hausarztpraxis und nachfolgender Nutzung von medizinischen Ressourcen gibt [44]. Je patientenzentrierter die PatientInnen die Konsultation erlebten, umso positiver schätzten sie die Verbesserung ihres Gesundheitszustandes ein und umso weniger waren zusätzliche diagnostische Tests und Überweisungen zu anderen ÄrztInnen notwendig.

Resumée

Ein ärztlich-therapeutisches Gespräch kann zu einer Kostensparnis bei Medikamenten oder Überweisungen führen, allerdings nicht grundsätzlich und bei allen Erkrankungen oder Problemstellungen. Das kann auch damit zu tun haben, dass ÄrztInnen Mühe haben, das „Vakuum“ zu füllen, das in Konsultationen entsteht, wenn sie nicht auf ihre typischen ärztlichen Handlungen (Medikamentenverordnung, Injektionen, etc.) zurückgreifen können.

8 Determinanten der Effektivität des ärztlich-therapeutischen Gesprächs

Tabelle 8-1: Ausgewählte Studien zu Determinanten der Effektivität des ärztlich-therapeutischen Gesprächs

Erstautor, Jahr	Quelle	Studientyp	Evaluierte Studien/Stichproben
Deveugele, 2002 [45]	BMJ	Qualitative Studie	2.801 ärztliche Konsultationen, 183 Allgemeinpraxen
Howie, 1999 [46]	BMJ	Kohortenstudie	25.994 PatientInnen, 221 AllgemeinmedizinerInnen
Carr-Hill, 1998 [47]	J Health Serv Res Policy	Beobachtungsstudie	836 ärztliche Konsultationen, 51 AllgemeinmedizinerInnen
Harrington, 2004 [26]	Pat Educ Couns	Systematischer Review	20 RCTs
Wilson, 2002 [6]	Br J Gen Pract	Systematischer Review	10 Kohortenstudien
McLean, 2004 [38]	Br J Gen Pract	RCT	110 PatientInnen, 4 Allgemeinpraxen
Ogden, 2004 [48]	Fam Pract	Beobachtungsstudie	294 PatientInnen, 8 Allgemeinpraxen
Hemmer-Schanze, 2006 [49]	MMW Fortschr Med	Beobachtungsstudie	171 ÄrztInnen
Hulsman, 1999 [50]	Med Educ	Systematischer Review	14 Studien mit verschiedenen Designs
Brown, 1999 [51]	Ann Intern Med	RCT	69 ÄrztInnen
Gask, 2004 [52]	Psychol Med	RCT	189 depressive PatientInnen, 20 AllgemeinmedizinerInnen
Swenson, 2004 [53]	J Gen Intern Med	RCT	250 PatientInnen
Willems, 2005 [54]	Patient Educ Couns	Systematischer Review	12 Studien mit unterschiedlichen Designs
Williams, 2004 [55]	Fam Pract	RCT	62 PatientInnen, 1 Allgemeinmediziner
Van den Brink-Muinen, 2003 [56]	Fam Pract	Beobachtungsstudie	2.825 PatientInnen, 190 AllgemeinmedizinerInnen aus 6 Ländern

Ob das ärztlich-therapeutische Gespräch erfolgreich ist, kann von vielen Faktoren abhängen: der Persönlichkeit von Arzt/Ärztin und PatientIn, ihren Erfahrungen, der Art der Erkrankung (lebensbedrohend, Depression, chronische Schmerzen, etc.) sowie familiären, sozioökonomischen und kulturellen Umständen [57]. Unser Augenmerk gilt den aus der Literatur ableitbaren folgenden Faktoren, da dafür die meisten Studien identifiziert werden konnten:

- ❖ Dauer des ärztlich-therapeutischen Gesprächs
- ❖ Spezielle Ausbildung von ÄrztInnen
- ❖ Patienteneigenschaften und Patientenpräferenzen.

8.1 Dauer des ärztlich-therapeutischen Gesprächs

Patientenzentriertes Vorgehen eher in längeren Gesprächen

Im Rahmen der „Eurocommunication Study“ wurden 2.801 mit per Video aufgezeichnete ärztliche Konsultationen in 183 Allgemeinpraxen aus 6 Ländern analysiert [45]. In kurzen ärztlichen Konsultationen fand hauptsächlich der Austausch über somatische Probleme statt und als wesentliches Element wurde die ärztliche Anweisung festgehalten. In längeren ärztlichen Konsultationen gingen die ÄrztInnen mehr auf ihre PatientInnen ein, hörten besser zu, gaben mehr Informationen und ließen auch eher einen Austausch über psychosoziale Probleme zu. Als Endpunkt für ihre Kohortenstudie wählten die Briten Howie et al. den „Patient Enablement“ Score [46]. Der „Patient Enablement“ Fragebogen bestand aus 6 Fragen, mit dem PatientInnen beurteilten, in welchem Ausmaß sie gestärkt aus der ärztlichen Konsultation weggingen. Befragt wurden fast 26.000 PatientInnen von 221 praktischen ÄrztInnen. Die durchschnittliche Konsultationslänge betrug 8 Minuten, war in der Regel aber länger bei PatientInnen mit psychischen oder psychosozialen Problemen. Je länger die Konsultation dauerte und/oder je besser die ÄrztInnen ihre PatientInnen kannten, umso höher war auch der „Patient Enablement“ Score.

Die Dauer des Arzt-Patienten-Gesprächs allein ist aber kein Maß für Qualität und/oder Effektivität

Die Briten Carr-Hill et al. fanden keinen Zusammenhang zwischen der Dauer der ärztlichen Konsultation und deren Qualität [47]. Sie analysierten 836 Konsultationen bei 51 praktischen ÄrztInnen in 10 Ordinationen. Tatsächlich ergab sich eine große Variabilität hinsichtlich der Länge der ärztlichen Konsultationen. Sie war in der Regel bei Frauen mittleren Alters am längsten, gefolgt von älteren PatientInnen, während für Kinder die wenigste Zeit aufgewendet wurde. Weiters wurde die Konsultationslänge bestimmt durch die Anzahl von Themen, die während der Konsultation aufgeworfen wurden. Der bereits in Kapitel 4 beschriebene Review von 20 Interventionsstudien ergab, dass die Dauer des Arzt-Patienten-Gesprächs nicht unbedingt gesteigert werden muss, um mehr Patientenmitbestimmung zu erreichen [26]. Wilson und Childs präsentierten 2002 einen systematischen Review über den Zusammenhang zwischen Länge des ärztlich-therapeutischen Gesprächs und Behandlungsergebnissen [6]. Es stellte sich heraus, dass in einem längeren Arzt-Patienten-Gespräch zwar eher wichtige Aspekte der Behandlung angesprochen werden, es aber keinen Hinweis darauf gibt, dass ein solches auch zu einem besseren Gesundheitszustand von PatientInnen führt. McLean und Armstrong führten eine randomisiert kontrollierte Studie mit 110 PatientInnen von AllgemeinmedizinerInnen durch [38]. Die Aufnahme in die Studie erfolgte erst, sobald sich der Arzt/die Ärztin sicher sein konnte, dass nur eine selbstlimitierende Erkrankung vorhanden war. Dann wurden die PatientInnen in 2 Gruppen geteilt: Gruppe 1 erhielt die übliche Behandlung, PatientInnen in Gruppe 2 wurden explizit nach ihren Ansichten über und Sorgen in Bezug auf die Erkrankung gefragt. Die ärztliche Konsultation dauerte in Gruppe 2 um durchschnittlich 1 Minute länger und ergab einen besseren Score in einer Skala des Patientenzufriedenheitsfragebogens, in allen anderen gemessenen Endpunkten gab es aber keinen Unterschied. Warum PatientInnen mit der Länge der ärztlichen Konsultation unzufrieden sind, versuchten Ogden et al. herauszufinden [48]. Sie befragten 294 PatientInnen aus 8 Allgemeinpraxen nach der ärztlichen Konsultation, deren Dauer sie auch festhielten. Die Mehrheit der PatientInnen unterschätzte die tatsächliche Länge der ärztlichen Konsultation und eine Minderheit gab an, dass sie sich mehr Zeit gewünscht hätten. Der Wunsch nach einer längeren Konsultation war assoziiert mit emotionalen Aspekten der Konsultation und weni-

ger Motivation, die ärztlichen Empfehlungen auch tatsächlich zu befolgen. Die Dauer der Konsultation war unabhängig von der Zufriedenheit der PatientInnen über die vom Arzt erhaltenen Informationen und der ärztlichen Untersuchung während der Konsultation. Es scheint also, dass nicht die Dauer der Konsultation ausschlaggebend für das Wohlbefinden der PatientInnen ist, sondern die Tatsache, wie die Zeit genützt wird.

8.2 Spezielle Ausbildung von ÄrztInnen

Eine Pilotstudie zur Selbsteinschätzung der Kommunikationsfähigkeit von ÄrztInnen in der Praxis haben Hemmer-Schanze und Fießl durchgeführt [49]. Aus den Antworten aus 171 auswertbaren Fragebögen ergab sich, dass 85 % der Befragten die Qualität der Kommunikation für den Behandlungserfolg als „sehr bedeutsam“ bzw. „bedeutsam“ ansahen. Die wenigsten hätten jedoch ihre kommunikativen Fähigkeiten im Medizinstudium oder aus Lehrbüchern erworben. Neben der ungenügenden Ausbildung in Gesprächsführung nannten 46 % den Zeitdruck in der Praxis, 29 % das Vergütungssystem in Deutschland und 12 % die Arbeitsorganisation als das größte Hindernis für gekonntes Zuhören.

Hulsman und Kollegen legten 1999 ein Review zur Effektivität von Maßnahmen zum Training von ÄrztInnen in Kommunikationsfertigkeiten vor [50]. Es wurden 14 Evaluierungsstudien identifiziert, von denen die meisten hinsichtlich ihres Studiendesigns aber als unbefriedigend bewertet wurden. Höchstens die Hälfte der Studien konnte einen positiven Effekt des Ärzteschulungs auf die gemessenen Endpunkte (Einschätzung der Ärzte selbst, unabhängige Beobachtungen, patientenrelevante Endpunkte) nachweisen. Bei methodisch hochwertigeren Studien waren die Effekte der Ärzteschulung sogar noch weniger positiv. Die Autoren plädierten für eine Durchführung von mehr und besseren Studien. Ein RCT aus dem Jahre 1999 zum Effekt eines Ärztekommunikationstrainings, das in zwei 4-stündigen Workshops abgehalten wurde, evaluierte Patientenzufriedenheit in Interventions- und Kontrollgruppe [51]. Es gab keinen Unterschied zwischen beiden Gruppen, woraus die Autoren schlossen, dass ein derart kurzes Training nicht ausreichend sei, um ÄrztInnen für eine bessere Arzt-Patienten-Kommunikation auszubilden. Für einen britischen RCT erhielten 20 AllgemeinmedizinerInnen ein 10-stündiges Training, wie sie mit depressiven PatientInnen umgehen sollten [52]. Die Kontrollgruppe, die am Beginn der Studie kein solches Training erhielt, bestand ebenfalls aus 20 AllgemeinmedizinerInnen. 189 depressive PatientInnen wurden den 2 Gruppen zugeteilt. Als Endpunkte dienten der Status der depressiven Erkrankung, psychiatrische Symptome, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Patientenzufriedenheit und Nutzung und Kosten der gesundheitlichen Versorgung. Nach 3 Monaten und 12 Monaten gab es keinen wesentlichen Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Das Ärzteschulungstraining trug also nicht dazu bei, dass sich der Zustand der PatientInnen verbesserte.

**ÄrztInnen für gute
Gesprächsführung
mangelhaft ausgebildet**

**Schulung von ÄrztInnen
in Kommunikations-
fertigkeiten nicht
immer erfolgreich**

8.3 Patienteneigenschaften und -präferenzen

<p>Nicht alle PatientInnen bevorzugen patientenzentriertes ärztliches Vorgehen</p>	<p>In einer rezenten amerikanischen Studie ging es um die Frage, ob PatientInnen die patientenzentrierte Kommunikation im Gegensatz zur traditionellen Arzt-Patienten-Interaktion wirklich bevorzugen [53]. Tatsächlich war ca. einem Drittel der 250 PatientInnen, die in die randomisierte Studie mit Cross-over Design eingeschlossen wurden, das traditionelle Vorgehen lieber. Daraus schlussfolgerten die AutorInnen, dass es am besten wäre, wenn ÄrztInnen ihr Kommunikationsverhalten in der Konsultation an die Bedürfnisse und Präferenzen der PatientInnen anpassen würden.</p>
<p>Art der Kommunikation vielfach von Patienteneigenschaften abhängig</p>	<p>Im Versorgungsalltag hat sich gezeigt, dass ÄrztInnen sich oft direktiv und „paternalistisch“ verhalten, wenn sie es mit älteren, wenig gebildeten oder sehr kranken Menschen zu tun haben, während sie bei jüngeren, höher gebildeten oder wohlhabenderen PatientInnen stärker patientenzentriert vorgehen. Ein systematischer Review einer belgischen Gruppe bestätigte diese Beobachtung nach Analyse von 12 Originalarbeiten und Metaanalysen [54]. Ob diese sozioökonomischen Faktoren jedoch gute Prädiktoren dafür sind, ob der gewählte Kommunikationsstil dann auch tatsächlich zum gewünschten Erfolg führt, ist unklar. Abgesehen davon, scheinen viele ÄrztInnen in dieser Hinsicht relativ unflexibel zu sein, und behalten ihren gewohnten Kommunikationsstil bei allen ihren PatientInnen bei [53].</p>
<p>Die „selbe Sprache sprechen“ ist wichtig</p>	<p>Wichtig für die Effektivität des Arzt-Patienten-Gesprächs kann auch sein, ob Arzt/ÄrztIn und PatientIn „die selbe Sprache sprechen“. In einer randomisiert kontrollierten Studie mit 62 PatientInnen passte der Arzt in der Interventionsbedingung seine Ausdrucksweise an jene der PatientInnen an, während er in der Kontrollbedingung medizinisches Vokabular benutzte [55]. In der Interventionsbedingung zeigten die PatientInnen eine höhere Zufriedenheit mit der Konsultation, mehr Entlastung und eine höhere Intention, sich an die Empfehlungen des Arztes zu halten.</p>
<p>Hausärztliche „Torwächterrolle“ nicht ausschlaggebend für Kommunikationsstil</p>	<p>Unterschiede in der Kommunikation in der Hausarztpraxis wurde zwischen den Ländern, in denen die HausärztInnen eine „Torwächter“-Rolle erfüllen (Niederlande, Spanien, UK) und den Ländern, in denen dies nicht der Fall ist (Belgien, Deutschland, Schweiz) untersucht [56]. Es wurden 2.825 PatientInnen aus 190 Allgemeinpraxen in diesen 6 Ländern mittels Fragebogen und Videoaufzeichnungen analysiert. Es stellte sich heraus, dass HausärztInnen mit „Torwächter“-Funktion in der Regel nicht anders mit ihren PatientInnen kommunizierten als jene aus anderen Ländern. Vielmehr bedeutend für die Art der Kommunikation, was auch die Länge des Gesprächs betraf, waren Geschlecht, Alter, das Vorliegen von psychosozialen Problemen und die Vertrautheit zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn. Diese Studie zeigte also, dass die Patientencharakteristika hauptsächlich ausschlaggebend dafür sind, wie und wie lange in der ärztlichen Konsultation kommuniziert wird.</p>

8.4 Resumée

Wie De Maeseneer in seinem Plädoyer für intensivere Forschungsbemühungen im niedergelassenen Bereich anmerkt, kann der Erfolg oder Misserfolg eines Arzt-Patienten-Gesprächs von vielen Faktoren abhängig sein [57]. Ein längeres Gespräch muss nicht unbedingt besser bzw. qualitativvoller sein, lässt aber mehr Raum für Patienten Anliegen, psychosoziale Probleme und präventive Maßnahmen. Überhaupt scheint viel von den gemeinsamen Eigenschaften der Beteiligten abzuhängen: Arzt/Ärztin und PatientIn sollten „zueinander passen“ bzw. „die selbe Sprache sprechen“. Auch das Vertrauen in Arzt/Ärztin, das v. a. auf vergangenen positiven Erfahrungen beruht, kann wichtig für ein erfolgreiches Arzt-Patienten-Gespräch sein. Viele ÄrztInnen bewerten die Gesprächskultur in der Praxis als wichtig für den Behandlungserfolg, geben aber zu, dass sie in Bezug auf patientenzentrierte Kommunikation nur mangelhaft ausgebildet sind. Nicht alle Kommunikationstrainings, die angeboten werden, führen auch zum Erfolg. Man sollte sich wahrscheinlich nicht der Illusion hingeben, dass gute Kommunikationsfertigkeiten in einem einzigen Wochenend-Workshop erlernbar sind.

9 Regulierung

9.1 Allgemeines

Die Basis jeder Regulierung im Gesundheitswesen ist ein möglichst gutes Wissen über das Verhältnis von Nutzen und Schaden von medizinischen Maßnahmen. So bedeutet etwa die Marktzulassung für ein Medikament nicht zweifelsfrei die Attestierung von therapeutischer Überlegenheit. Für wie viele und welche PatientInnen das Angebot eines ärztlich-therapeutischen Gesprächs im niedergelassenen Bereich klinisch indiziert ist, ist derzeit nicht klar. Dass die verstärkte Arzt-Patienten-Kommunikation finanziell abgegolten wird, entspricht eher den in Kap. 1 beschriebenen Patientenwünschen, ist aber auch mit der Hoffnung verbunden, damit die Arzneimittelausgaben einzudämmen, und ist gleichzeitig ein Entgegenkommen an die ÄrztInnen für Ihre Bemühungen um eine forcierte Generika-Verschreibung. In welchem Ausmaß das ärztlich-therapeutische Gespräch in Österreich und einigen anderen europäischen Ländern derzeit angeboten werden kann und wird, ist in der Folge kurz dargestellt.

Sinn und Zweck von Regulierung

9.2 Österreich

Die derzeitige Regelung ist, dass niedergelassene ÄrztInnen mit Ausnahme von FachärztInnen für Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin, ein ärztlich-therapeutisches Gespräch, das in Einzelbehandlung stattfindet, über die übliche Anamnese hinausgeht und 10-15 Minuten dauern soll, mit einem Tarif von EUR 10,90 bis 11,25 (je nach Krankenkasse) abrechnen dürfen. Die Abrechenbarkeit ist für AllgemeinmedizinerInnen, InternistInnen und KinderärztInnen kontingentiert mit 18 % der Behandlungsfälle pro Quartal und für alle anderen FachärztInnen mit 11 % der Behandlungsfälle pro Quartal. Bei einzelnen Krankenkassen gibt es Sonderregelungen: Bei der Wiener Gebietskrankenkasse dürfen auch PulmologInnen das Kontingent von 18 % ausnützen. Als Verrechenbarkeitslimits gelten bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse 15 % und 10 % und bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau 25 % und 18 % (statt der sonst üblichen 18 % und 11 %). Die Kärntner und die Vorarlberger Gebietskrankenkasse haben das ärztlich-therapeutische Gespräch nicht geregelt.

Abgeltung und Kontingentierung

Im Jahr 2004 wurden von 7 österreichischen Gebietskrankenkassen (alle GKK exkl. der Kärntner und der Vorarlberger GKK) insgesamt ca. 20 Mill. Euro für das ärztlich-therapeutische Gespräch ausgegeben. Die Sonderkrankenkassen (SVA, VAEB, BVA) zahlten insgesamt ca. 2 Mill. Euro aus.

Ausgaben im Jahr 2004

Tabelle 9-1: Kosten für das ärztlich-therapeutische Gespräch im Jahr 2004 (Zahlen von 7 österreichischen Gebietskrankenkassen)

Gebietskrankenkasse	Anzahl von Ärzten/Ärztinnen, die Leistung anboten	Durchschnittlicher Jahresumsatz pro Arzt/Ärztin (in EUR)	Jährliche Gesamtausgaben pro Krankenkasse (in EUR)
Wien	1.571	3.933	6.179.317
NÖ	1.225	2.588	3.170.434
Burgenland	215	2.741	589.281
OÖ	1.034	3.760	3.888.263
Steiermark	933	3.801	3.546.446
Salzburg	397	3.964	1.573.737
Tirol	494	3.333	1.646.424

9.3 Deutschland

Abgeltung Im deutschen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ist das ärztlich-therapeutische Gespräch eine Einzelleistung und wird in jedem Facharztkapitel benannt als „Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung“. Diese Gebührenposition ist neben dem Ordinationskomplex berechnungsfähig, sie setzt jedoch bei der Nebeneinanderberechnung eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten voraus. Je 10 Minuten zusätzlichem Gesprächsangebot werden EUR 7,67 (praktische ÄrztInnen, FÄ für Allgemeinmedizin, Innere Medizin ohne Schwerpunktsbezeichnung, Kinder- und Jugendheilkunde) bzw. EUR 12,01 (die meisten anderen FÄ) bezahlt. Mit EUR 14,31 bzw. EUR 17,63 werden jeweils 10-minütige psychotherapeutische oder psychiatrische Gespräche in Einzelbehandlung abgegolten.

Kontingentierung Im EBM gibt es Abrechnungsregeln, die die Berechnung einer Leistung (die verschiedenen Leistungen sind mit „Gebührennummern“ bezeichnet) in der Häufigkeit beschränken, sowie Ausschlussregeln, die die Nebeneinanderberechnung bestimmter Gebührennummern ausschließt. So sind etwa die Gebührennummern 22220 und 23220 (Psychotherapeutisches Gespräch) höchstens 15-mal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Die Gebührennummer 05220 (Beratung, Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie) ist z. B. nicht neben anderen Leistungen (Praxisklinische Betreuung, Beobachtung und Betreuung, Präanästhesiologische Untersuchung, u. v. a.) berechnungsfähig. Des Weiteren können Restriktionen an die Berechnung von Gebührennummern geknüpft sein, wie z. B. im Fall des ärztlich-therapeutischen Gesprächs die o. a. Arzt-Patienten-Mindestkontaktzeit von 20 Minuten.

In Deutschland gibt es für alle ärztlichen Leistungen Regelleistungsvolumen als Mengenbegrenzungsinstrumente. Regelleistungsvolumen sind arztgruppenspezifische Grenzwerte, bis zu denen die von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum im jeweiligen aktuellen Kalendervierteljahr erbrachten ärztlichen Leistungen mit einem vereinbarten festen Punktwert zu vergüten sind. Für den Fall der Überschreitung des Regelleistungsvolumens ist vorgesehen, dass die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten (Restpunktwerten) zu vergüten ist.

Die hausärztlichen ärztlich-therapeutischen Gesprächsleistungen wurden im Jahr 2004 insgesamt ca. 115 Mill. mal abgerechnet, die Ausgaben dafür beliefen sich auf 1,18 Mrd. Euro. Von FachärztInnen wurden im Jahr 2004 ca. 45 Mill. ärztlich-therapeutische Gesprächsleistungen abgerechnet, und sie erhielten dafür 480,5 Mill. Euro.

**Gesamtausgaben
im Jahr 2004**

9.4 Schweiz

Die Vergleichbarkeit mit dem Schweizer System ist relativ schwierig, da in der Schweiz keine explizite gesetzliche Regelung für die Abrechnung eines ärztlich-therapeutischen Gesprächs besteht. Mit dem in Österreich angebotenen ärztlich-therapeutischen Gespräch wären folgende Leistungen aus dem Schweizer Tarfkatalog TARMED vergleichbar: länger dauernde Konsultation (jeweils 5 Min. über Grundkonsultation hinausgehend), die spezifische Beratung durch Facharzt/-ärztin für Grundversorgung und die psychotherapeutische Beratung durch Facharzt/-ärztin für Grundversorgung.

Abgeltung

Im TARMED sind so genannte Dignitäten hinterlegt, die definieren, welche ÄrztInnen welche Leistungen abrechnen dürfen. Die länger dauernde Konsultation dürfen von ÄrztInnen aller Fachrichtungen abgerechnet werden, die spezifische oder psychotherapeutische Beratung nur von ÄrztInnen der Fachrichtung Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Pädiatrie.

Die Vergütung ist in der Schweiz kantonal unterschiedlich geregelt, als Durchschnittswert können CHF 15,80 pro 5-minütigem Gespräch angenommen werden.

Eine Kontingentierung besteht nicht. Im TARMED sind für die erwähnten Positionen mengenmäßige Limitierungen nur im Falle einer nicht elektronischen Abrechnung vorgesehen. Das Bundesgesetz zur Krankenversicherung (KVG) verlangt aber, dass die Leistungen auch wirtschaftlich sein müssen. Die Rechnungskontrolle und Prüfung der Wirtschaftlichkeit ist deshalb eine gesetzliche Aufgabe der Krankenversicherer.

Keine Kontingentierung

Mengenangaben konnte das Schweizer Bundesamt für Gesundheit nicht zur Verfügung stellen. Dies ist auf ein grundsätzliches Datenproblem hinsichtlich der Vergleichbarkeit zurückzuführen, da in einer TARMED-Tarifnummer für das ärztlich-therapeutische Gespräch auch andere Leistungen abgerechnet werden dürfen.

**Keine Umsatzzahlen
verfügbar**

9.5 Frankreich

Keine Regelung In Frankreich wird das ärztlich-therapeutische Gespräch zwar angeboten, ist aber (noch) nicht geregelt. Derzeit dürfen einzelne ÄrztInnen folgende Leistungen, die über den normalen Ordinationskomplex hinausgehen, abrechnen: eingehende Diabetikerberatung, spezielle Beratung durch KardiologInnen, ärztliche Beratung von KollegInnen (z. B. „Second Opinion“), Beratung durch KinderärztInnen, Beratung über Teilnahme an Screening-Untersuchungen. Diese Leistungen dürfen gegenüber dem üblichen ärztlichen Konsultationshonorar zu einem erhöhten Tarif abgerechnet werden. Zusätzliche Leistungspositionen sind sie aber nicht.

Bei der französischen Gesundheitsbehörde werden derzeit Bedingungen erarbeitet, wie auch folgende Zusatzleistungen, die dem ärztlich-therapeutischen Gespräch nahe kommen, abrechenbar gemacht werden: genetische Beratung, Beratung bei der Mitteilung einer Krebsdiagnose, und Lebensstilberatung.

10 Zusammenfassung und Handlungsoptionen

Eine gute Medizin bedeutet kompetente ärztliche Beratung, die sich auf hochwertige wissenschaftliche Untersuchungen stützt. Eine solche Beratung kann zugleich gesundheitlicher Verbraucherschutz sein. Große Patientenbefragungen in verschiedenen Ländern haben einhellig ergeben, dass sich PatientInnen von ihren ÄrztInnen gute Beratung, ausführliche Informationen und genug Zeit/Raum für ihre Anliegen wünschen.

Gleichzeitig werden ÄrztInnen im Zuge von Rationalisierungen auch dazu angehalten, ihren PatientInnen zu erklären, warum eine bestimmte Untersuchung oder ein bestimmtes Medikament wirtschaftlicher ist als eine alternative Vorgangsweise. Sie müssen PatientInnen von Gefälligkeitsrezepten entwöhnen und sie davon überzeugen, dass das günstige Nachahmepreparat genau so effektiv wie das gewohnte teure Originalpräparat ist.

In Österreich gibt es das Angebot eines 10-15 minütigen ärztlich-therapeutischen Gesprächs, das in Einzelbehandlung stattfindet und über die übliche Anamnese hinausgeht. Es kann von VertragsärztInnen für 11 %-18 % der PatientInnen abgerechnet werden. Auch in anderen Ländern gibt es vergleichbare Leistungen. In Deutschland sind sie ebenfalls nach strengen Kriterien kontingiert, in der Schweiz gibt es keine dezidierte Mengenbegrenzung.

Für die Diskussion über die Ausweitung des Angebots in Österreich sollte ein systematischer Review erarbeitet werden, der den Einsatz des ärztlich-therapeutischen Gesprächs in Beziehung zu verschiedenen Ergebnisparametern setzt. Für den Review wurden hochwertige Studien (RCTs und Zusammenfassungen von mehreren RCTs), aber auch Kohorten-, Beobachtungs- und qualitative Studien herangezogen.

Es konnte in der Literatur kein RCT identifiziert werden, der die Effektivität eines ärztlich-therapeutischen Gesprächs, wie es im österreichischen Leistungskatalog definiert ist, in Bezug auf patientenrelevante Ergebnisparameter überprüft. Deshalb musste auf so genannte „Surrogatparameter“ (z. B. länger dauerndes Arzt-Patienten-Gespräch, ausführliche Patientinformationen, partizipative Entscheidungsfindung etc. – siehe Kap. 1.4) ausgewichen werden.

Unter der Voraussetzung, dass die gewählten Variablen als hinreichende Surrogate für das ärztlich-therapeutische Gespräch bewertet werden, kann die vorliegende Evidenz für Patienten-Selbstmanagement, Patientenzufriedenheit und geringerer zusätzlicher Behandlungsaufwand bei einigen Erkrankungen/Beschwerden als einigermaßen zufrieden stellend beurteilt werden. Für alle anderen Outcome-Parameter sind die Ergebnisse der bisher durchgeführten Studien weniger durchgängig positiv.

Allerdings sind die Ergebnisse aus Studien bei dieser Fragestellung nicht so ohne weiteres auf die tatsächliche Versorgungssituation übertragbar. Wenn eine Studie zum Beispiel ergibt, dass eine bestimmte Art des Patienten-Arzt-Gesprächs effektiv ist, heißt das noch nicht, dass dieses in der realen Versorgung auch in der in der Studie beschriebenen Qualität angeboten wird bzw. werden kann. Die zweite Problematik betrifft die Frage, ob eine angebotene und verrechnete Leistung auch tatsächlich in der vorgesehenen Form erbracht wird.

Warum gute ärztliche Beratung wichtig ist

Angebot in Österreich und anderen Ländern

Systematischer Review

Kein RCT zur eindeutigen Beantwortung der Fragestellung identifizierbar

Einigermaßen gute Evidenz nur für einige Ergebnisparameter

Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf die reale Versorgungssituation nicht ohne weiteres gegeben

Handlungsoptionen

Zur Diskussion über die Ausweitung des derzeitigen Leistungsangebots schlagen wir folgende Optionen vor:

- ❖ Beibehaltung der derzeitigen Regelung, zumindest bis eindeutigere (internationale) Studienergebnisse, v. a. in Bezug auf die Effektivität des ärztlich-therapeutischen Gesprächs für das Erreichen von Therapiezielen, vorliegen.
- ❖ Ausweitung des Leistungsangebots nach Erbringung messbarer Ergebnisse im nationalen Kontext, wie sie z. B. im niederösterreichischen Pilotprojekt „Pillen sprechen nicht mit dir“ (Laufzeit 1.7.06-30.6.07), das zu einer Eindämmung der Arzneimittelausgaben führen soll, vorgesehen sind.
- ❖ Zeitlich begrenzte Ausweitung des Leistungsangebots unter paralleler Durchführung eines österreichweiten Pilotprojekts, das messbare Ergebnisse zur Qualität der angebotenen Leistungen erbringt.
- ❖ Ausweitung des Leistungsangebots unter dem Aspekt, damit Patientenwünschen und -bedürfnissen, wie sie aus internationalen Befragungen hervorgehen, entgegen zu kommen.

An die Ausweitung des Leistungsangebots sollte generell ein striktes Controlling geknüpft sein, das überprüft, ob die angebotenen Leistungen in der vorgesehenen Form erbracht werden.

11 Literatur

- [1] Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med.* 1984 Nov;101(5):692-6.
- [2] Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: An international comparison. *Fam Pract.* 1999;16(1):4-11.
- [3] The European Patient of the Future 2005 [cited 13.10.2006]; Available from: www.picker-europe.de/index.php?id=5,30,0,0,1,0.
- [4] Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty MM, Fenley JA. The Commonwealth Fund 2005. International Health Policy Survey of Sicker Adults in Six Countries. 2005 [cited 13.10.2006]; Available from: www.cmwf.org/usr_doc/871_Schoen_2005_intl_survey_chartpack.pdf.
- [5] Lewin SA, Skea ZC, Entwistle VA, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations (Review). *The Cochrane Library* 2006, Issue 2.
- [6] Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2002; 52(485):1012-20.
- [7] Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2002;48(1):51-61.
- [8] Kinmonth AL, Woodcock A, Griffin S, Spiegel N, Campbell MJ. Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. *BMJ.* 1998 Oct 31;317(7167): 1202-8.
- [9] Bieber C, Müller K, Blumenstiel K, Schneider A, Richter A, Wilke S, et al. Long-term effects of a shared decision-making intervention of physician-patient interaction and outcome in fibromyalgia. A qualitative 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2006;25:ahead of print.
- [10] Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal* 1995;152(9):1423-33.
- [11] Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MW, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Annals of Family Medicine.* 2004;2(6):595-608.
- [12] Bertakis K, Callahan EJ, Helms LJ, Azari R, Robbins JA, Miller J. Physician practice styles and patient outcomes: differences between family practice and general internal medicine. *Med Care.* 1998;36(6):879-91.
- [13] Elley C, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal.* 2003;326:793-8.
- [14] Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ.* 2001 Oct 20 323(7318): 908-11.

- [15] de Sonnaville JJJ, Bouma M, Colly LP, Deville W, Wijkel D, Heine RJ. Sustained good glycaemic control in NIDDM patients by implementation of structured care in general practice: 2-year follow-up study. *Diabetologia*. 1997;40(11):1334-40.
- [16] Bell R, Kravitz R, Thom D, Krupat E, Azari R. Unsaid but not forgotten: Patients' unvoiced desires in office visits. *Arch Intern Med*. 2001 Nov;161(21):1977-84.
- [17] Bieber C, Müller KG, Blumenstiel K, Schneider A, Eich W. Partizipative Entscheidungsfindung als Maßnahme zur Verbesserung der Arzt-Patienten Interaktion mit Fibromyalgie-Patienten. *ZMP*. 2006;15:53-60.
- [18] Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: Qualitative study. *BMJ*. 2000;320(7233):484-8.
- [19] Barry C, Bradley C, Britten N, Stevenson F, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: Qualitative study. *BMJ*. 2000 May; 320(7244):1246-50.
- [20] Kerse N, Buetow S, Mainous AG, 3rd, Young G, Coster G, Arroll B. Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *Annals of Family Medicine*. 2004 Sep-Oct;2(5):455-61.
- [21] Cegala DJ, Marinelli T, Post D. The effects of patient communication skills training on compliance. *Arch Fam Med*. 2000 Jan;9(1):57-64.
- [22] Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2002, 2.
- [23] Miller NH. Compliance with Treatment regimens in Chronic Asymptomatic Diseases. *American Journal of Medicine*. 1997;102 (2A):43-9.
- [24] Elwyn G, Edwards A, Hood K, Robling M, Atwell C, Russell I, et al. Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Fam Pract*. 2004 Aug;21(4):337-46.
- [25] Wetzels R, Wensing M, Van Weel C, Grol R. A consultation leaflet to improve an older patient's involvement in general practice care: a randomized trial. *Health Expectations* 2005 Dec; 8(4): 286-94 (25 ref).
- [26] Harrington J, Noble LM, Newman SP. Improving patients' communication with doctors: a systematic review of intervention studies. *Patient Educ Couns*. 2004;52(1):7-16.
- [27] Kidd J, Marteau TM, Robinson S, Ukoumunne OC, Tydeman C. Promoting patient participation in consultations: a randomised controlled trial to evaluate the effectiveness of three patient-focused interventions. *Patient Educ Couns*. 2004;52(1):107-12.
- [28] Street R, Gordon H, Ward M, Krupat E, Kravitz R. Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Med Care*. 2005;43:960-9.
- [29] Scheibler F, Schwantes U, Kampmann M, Pfaff H. Shared decision-making. *GGW*. 2005;1:23-31.
- [30] Härter M. Schwerpunkt Partizipative Entscheidungsfindung. Editorial. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2004; 98:89-92.

- [31] Anden A, Andersson S-O, Rudebeck C-E. Satisfaction is not all – patients' perceptions of outcome of general practice consultations, a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2005 Oct 24;6:43.
- [32] Mullen P, Simons-Morton D, Ramírez G, Frankowski F, Green L, Mains D. A meta-analysis of trials evaluating patient education and counseling for three groups of preventive health behaviors. *Patient Educ Couns*. 1997;32:157-73.
- [33] Edwards A, Hood K, Matthews E, Russell D, Russell I, Barker J, et al. The effectiveness of one-to-one risk communication interventions in health care. A systematic review. *Med Decis Making*. 2000;20:290-7.
- [34] Arborelius E, Bremberg S. Prevention in practice. How do general practitioners discuss life-style issues with their patients? *Patient Educ Couns*. 1994 Apr;23(1):23-31.
- [35] Hudon E, Beaulieu MD, Roberge D. Integration of the recommendations of the Canadian Task Force on Preventive Health Care: Obstacles perceived by a group of family physicians. *Fam Pract*. 2004;21(1):11-7.
- [36] Thomas KB. General practice consultations: is there any point in being positive? *BMJ*. 1987;294(6581):1200-2.
- [37] Goedhuys J, Rethans JJ. On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. A validity study. *Fam Pract*. 2001;18(6):592-6.
- [38] McLean M, Armstrong D. Eliciting patients' concerns: a randomised controlled trial of different approaches by the doctor. *Br J Gen Pract*. 2004 Sep;54(506):663-6.
- [39] Bower P, Rowland N, Mellor CJ, Heywood P, Godfrey C, Hardy R. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. *The Cochrane Library* 2006, Issue 2.
- [40] Simon GE, Von Korff M, Ludman EJ, Katon WJ, Rutter C, Unutzer J, et al. Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care *Med Care*. 2002;40:941-50.
- [41] Briel M, Langewitz W, Tschudi P, Young J, Hugenschmidt C, Bucher HC. Communication training and antibiotic use in acute respiratory tract infections. A cluster randomised controlled trial in general practice. *Swiss Med Wkly*. 2006 Apr 15;136(15-16):241-7.
- [42] Kennedy A, Sculpher M, Coulter A, Dwyer N, Rees M, Abrams K, et al. Effects of decision aids for menorrhagia on treatment choices, health outcomes, and costs: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288(21):2701-8.
- [43] Di Caccavo A, Ley A, Reid F. What do general practitioners discuss with their patients? Exploring the relationship between content of medical consultations and treatment decisions. *J Health Psychol*. 2000;5(1):87-97.
- [44] Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000 Sep;49(9):796-804.
- [45] Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *British Medical Journal*. 2002;325:472-7.
- [46] Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultations: cross sectional survey. *BMJ*. 1999 Sep 18;319(7212):738-43.

- [47] Carr-Hill R, Jenkins-Clarke S, Dixon P, Pringle M. Do minutes count? Consultation lengths in general practice. *Journal of Health Services Research & Policy*. 1998 Oct;3(4):207-13.
- [48] Ogden J, Bavalia K, Bull M, Frankum S, Goldie C, Gossiau M, et al. „I want more time with my doctor“: a quantitative study of time and the consultation. *Fam Pract* 2004 Oct;21(5):479-83.
- [49] Hemmer-Schanze C, Füleßl HS. Gesundheitsfaktor Zuhören. *MMW Fortschr Medizin*. 2006;148(1):1-8.
- [50] Hulsman R, Ros W, Winnubst J, Bensing J. Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. *Med Educ*. 1999;33:655-68.
- [51] Brown JB, Boles M, Mullooly J, Levinson W. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 1999;131:822-9.
- [52] Gask L, Dowrick C, Dixon C, Sutton C, Perry R, Torgerson D, et al. A pragmatic cluster randomized controlled trial of an educational intervention for GPs in the assessment and management of depression. *Psychol Med*. 2004; 34(1):63-72.
- [53] Swenson S, Buell S, Zettler P, White M, Ruston D, Lo B. Patient-centered communication: do patients really prefer it? *J Gen Intern Med*. 2004;19(11):1069-79.
- [54] Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns*. 2005;56:139-46.
- [55] Williams N, Ogden J. The impact of matching the patient's vocabulary: A randomized control trial. *Fam Pract*. 2004;21(6):630-5.
- [56] van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, et al. Communication in general practice: Differences between European countries. *Fam Pract*. 2003;20(4):478-85.
- [57] De Maeseneer JM, Van Driel ML, Green LA, Van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet*. 2003;362(9392):1314-9.

Anhang

Suchstrategie – siehe Kapitel 1.3

- 1 general practitioner\$.ti.
- 2 general practice\$.ti.
- 3 family practice.sh.
- 4 physicians, family.sh.
- 5 or/1-4
- 6 (doctor adj4 patient adj4 communicat\$).ab,ti.
- 7 (physician adj4 patient adj4 communicat\$).ab,ti.
- 8 ((therapeutic or medical) adj (advi\$ or recommendation\$)).ab,ti.
- 9 PHYSICIAN-PATIENT RELATIONS.sh.
- 10 communication.sh.
- 11 comprehension.sh.
- 12 or/6-10
- 13 (patient adj (oriented or based or focused)).ab,ti.
- 14 patient-cent\$.ab.
- 15 counseling.sh.
- 16 communication.sh.
- 17 comprehension.sh.
- 18 or/13-17
- 19 12 and 18
- 20 (compl\$ adj4 (prescription\$ or medication\$ or treatment\$)).ab,ti.
- 21 ((adherence or agreement or disagreement or refusal or consent) adj4 (therap\$ or treatment\$)).ab,ti.
- 22 consultation length.ab,ti.
- 23 treatment refusal.sh.
- 24 therapy outcome\$.ab,ti.
- 25 therapy effectiveness.ab,ti.
- 26 exp outcome assessment health care/
- 27 patient compliance.sh.
- 28 (patient adj4 concordance).ab,ti.
- 29 (patient adj enablement).ab,ti.
- 30 health status.sh.
- 31 (effect\$ adj4 patient-cent?red care).ab,ti.
- 32 patient acceptance of health care.sh.
- 33 cooperative behavior.sh.
- 34 or/20-33
- 35 19 and 34
- 36 5 and 35
- 37 *Education, Medical, Continuing/
- 38 *Education, Medical, Graduate/
- 39 *Education, Medical, Undergraduate/

- 40 *Telemedicine/
- 41 *Neoplasms/
- 42 *Psychotherapy/
- 43 *Emigration/and Immigration/
- 44 *Mental Disorders/
- 45 *Community Mental Health Services/
- 46 or/37-45
- 47 36 not 46
- 48 clinical trial.pt. or randomized.ab. or placebo.ab. or dt.fs. or randomly.ab.
or trial.ab. or groups.ab. or comparative study.ab. or exp cohort studies/
or case-control studies.sh. or cross-sectional studies.sh.
- 49 Qualitative Research.sh.
- 50 or/48-49
- 51 47 and 50