

### 3. Schweizer Fachtag Psychosomatik in Zürich 3<sup>ème</sup> Schweizer Fachtag Psychosomatik à Zurich

## Was will der Patient? Que souhaite le patient?

**In der EPI-Klinik trafen sich anfangs September Experten verschiedener Fachrichtungen zum Austausch über die «Persönlichkeit» in der Medizin. Dabei wurde natürlich der Schlagbegriff «personalisierte Medizin» aufgegriffen – zurzeit fast schon ein Modewort. Daneben ging es aber auch um (inter)subjektive Krankheitskonzepte und die patientenzentrierte Kommunikation. Zwei besonders erhellende Vorträge haben wir für Sie herausgegriffen.**

*Une rencontre d'experts de diverses disciplines pour un échange sur la «personnalité» en médecine s'est tenue début septembre à l'EPI-Klinik. Le concept phare de la «médecine personnalisée» – actuellement presque un mot à la mode, a également été abordé. Par ailleurs, les concepts (intra)subjectifs de la maladie et la communication axée sur le patient ont été débattus. Nous avons choisi pour vous deux présentations particulièrement instructives.*

■ (ag) Die Berücksichtigung individueller Persönlichkeitszüge ist auch im klinischen Kontext wichtig und kann entscheidend zu einer gelungenen Gesprächs- und Patientenführung beitragen [1]. «Persönlichkeitszüge bestimmen, unter welchen Lebensumständen eine Person für bestimmte Krankheiten empfindlich wird, wie sie auf solche reagiert, wie sich die Beziehung zum Arzt gestaltet (wie also auch das Gespräch mit ihm abläuft), wie sie die Vorschläge umsetzt, sich von der Krankheit erholt oder nicht» so Tagungsleiter Prof. Dr. med. Roland von Känel, Chefarzt Psychosomatische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie an der Klinik Barmelweid.

Auf einen dieser Aspekte, nämlich die Arzt-Patienten-Beziehung, ging Prof. Dr. med. Rainer Schäfer, struktureller Professor und Chefarzt für Psychosomatik an Universität und Universitätsspital Basel, genauer ein. Während die erkrankungs-/organzentrierte Medizin vor allem die biologische Dimension einer Krankheit in differenzierter Weise beleuchtet und objektive Befunde anzielt, versucht eine patientenzentrierte Medizin, die Brücke zum subjektiven Befinden zu schlagen und somit den Menschen nicht nur auf biologischer, sondern auch auf psychischer und sozialer Ebene, eben als Ganzes, wahrzunehmen. Eine patientenzentrierte Versorgung kann konzeptuell in fünf Dimensionen verstanden werden [2]:

- Unter der bio-psycho-sozialen Perspektive bilden
- der Patient als Subjekt,
- aber auch der Arzt als Subjekt zusammen eine
- therapeutische Allianz mit
- geteilter Macht und Verantwortung.

#### **Arzt-Patienten-Beziehung**

Während das frühere paternalistische Arzt-Patienten-Modell den Grossteil der zu treffenden Entscheidungen noch beim Arzt verortete und vom Patienten *Compliance* erwartet wurde, setzt sich etwa ab den 90er Jahren immer stärker das partizipative Modell durch mit geteilter Entscheidungsfindung («shared decision making») und einem im Optimalfall *adhärenten* Patienten – in jüngster Zeit teilweise sogar durch ein *Konsumenten*-orientiertes Informations-Modell ersetzt, wo der Arzt ausschliesslich die Rolle eines Experten einnimmt, den Patienten (oder eben «Kunden») mit Informationen ausstattet, berät und ihm (auch schwierige) Entscheidungen weitgehend überlässt (was zu Überforderung seitens des Patienten führen kann).

Der Wandel hin zur Partizipation setzt einen Patienten voraus, der willens und fähig ist, aktiv und

kommunikativ an dem neuen Behandlungsstil teilzunehmen. Zumindest der Wille scheint vorhanden: Gemäss grossen Umfragen bevorzugt gut die Hälfte der Patienten in Deutschland den partizipativen Stil. Und auch skandinavische Befragte [3] empfehlen Hausärzte vor allem dann weiter, wenn sie sie in ihre Entscheidungen zu medizinischen Behandlungen miteinbeziehen, ihnen zuhören, sich für ihre persönliche Situation interessieren, es ihnen einfach machen, über Probleme zu sprechen, und sie beim Umgang mit Gefühlen in Zusammenhang mit der Gesundheit unterstützen. Doch nicht nur das: Auch eine umfassende Information, gründliche körperliche Untersuchung und kompetente Vorgehensweise, klare Zielsetzung sowie gute Vorbereitung im Rahmen von Überweisungen sind von Bedeutung.

Beide Kompetenzen, sowohl eine eher biomedizinisch motivierte als auch eine patientenzentrierte, sind folglich erwünscht und ergänzen sich gegenseitig.

**Wie kommuniziere ich mit meinem Patienten?**

Die Kommunikation als Betätigungsfeld und Spiegel der Arzt-Patienten-Beziehung sollte beide Aspekte, die artz- und patientenzentrierte Perspektive, enthalten [4,5]. «Es ist wichtig, die Ansätze im Gespräch mit dem Patienten komplementär und kompetent einsetzen zu können», so der Redner. Zur artzzentrierten Technik gehören klare Angaben zur zeitlichen, organisatorischen und thematischen Struktur des Gesprächs sowie fokussierte und geschlossene Fragen. Die Narra-

tion wird eher gehemmt, es geht um die Überprüfung von Hypothesen. Zur patientenzentrierten Technik gehören bewusste Pausen, Blickkontakt, Wiederholung, Spiegelung von Emotionen und Zusammenfassung. Narration wird gefördert, Hypothesen werden gemeinsam generiert (Tab. 1). «Bei einem Wechsel von der einen in die andere Modalität werden metaphorisch die Zügel an den Gesprächspartner übergeben, was natürlich eine gewisse Gefahr birgt, weiss man doch nicht, wo einen der neue Kutschfahrer hibringt», erklärte Prof. Schäfert.

Aus der artzzentrierten Kommunikation kommt man in die patientenzentrierte, indem man den Blickkontakt gezielt auf- und Pausen einbaut, offene Fragen stellt und aktiv zuhört. «Übrigens: Es reicht meist eine offene Frage (es gilt also nicht: je mehr, umso besser). Das ist bereits eine starke Einladung an den Patienten, die normalerweise genutzt wird», führte der Experte aus.

Zurück in die artzzentrierte Perspektive gelangt man durch Zusammenfassen des Gesagten, eine Ankündigung des Wechsels und ein Einholen des Einverständnisses sowie durch einen Übergang in fokussiertere und geschlossenerere Fragen. Das kann auch dann nötig sein, wenn der Patient sich auf dem Gebiet überhaupt nicht auskennt, zu grosse Umwege einschlägt oder ihm «die Pferde durchgehen» (um in der Kutscher-Metapher zu bleiben), d.h. sehr starke Emotionen, ausgeprägte Hoffnungslosigkeit oder Dissoziation auftreten.

**Tab. 1:** Kommunikationstechniken

Artzcentrierte Technik	Beispiele für die Praxis
<i>Struktur</i>	
zeitlich	«Ich habe mir heute 20 Minuten eingeschrieben, wenn das nicht reicht, machen wir noch einen Termin»
organisatorisch	«Es kann sein, dass das Telefon klingelt, dann muss ich kurz unterbrechen»
thematisch	«Ich würde gerne mit Ihnen darüber reden, wie Sie das neue Medikament vertragen haben»
<i>Fokussierte und geschlossene Fragen</i>	
fokussiert	Zu einem begrenzten Feld: «Seit wann?», «Wie strahlen die Schmerzen aus?»
geschlossen	Nur mit Ja/Nein zu beantworten: «Rauchen Sie?», «Hatten Sie Fieber?»
<b>Patientenzentrierte Techniken</b>	
<b>Beispiele für die Praxis</b>	
Warten (>3 Sekunden)	Blickkontakt, Pause hilfreich oder belastend?
<i>Wiederholen</i>	
aktives Zuhören	kurze Hörersignale («hm», «ah ja»), ermutigen zum Weiterreden, Worte des Patienten aufgreifen wie ein Echo (Pat.: «Husten fing am Ende des Urlaubs an» → Arzt: «Am Ende des Urlaubs?» → Pat.: «Genau, da dachte ich daran, was jetzt alles auf mich zukommt.»)
bekräftigen	«Ich stelle mir vor, dass das ziemlich stressig für Sie war»
<i>Spiegeln</i>	
auf Emotionen	«Sie wirken auf mich traurig, wenn Sie das erzählen»
auf das aktuelle Thema	«Im Moment sprechen Sie, scheint mir, eher über die Sorgen Ihrer Tochter als über sich»
<i>Zusammenfassen</i>	
	Ankündigen! In eigenen Worten, kürzer als der Patient, aber eng an seine Worte angelehnt

### Ist die patientenzentrierte Kommunikation denn wirksam?

«In diesem Zusammenhang muss ich Ihnen leider noch einen kleinen Dämpfer mit auf den Weg geben: Denn ist die patientenzentrierte Vorgehensweise intuitiv sinnvoll und bereichernd, ist die Evidenzlage komplex: Kommunikationstrainings, auch kürzere Programme, sind zwar erfolgreich darin, die Gesprächstechniken zu schulen [6], doch für die Patientenzufriedenheit oder gesundheitliche Auswirkungen finden sich bislang gemischte Resultate [6]. Ein Training von Assistenzärzten und Pflegeauszubildenden in Kommunikation über Versorgung am Lebensende führte auf Patientenebene sogar zu einer Zunahme von Depressivität – möglicherweise, weil die therapeutische Kompetenz der Kandidaten nicht ausreichte, die aufkommenden Emotionen aufzufangen [7]. Immerhin zeigen die begrenzten poolbaren Daten des Cochrane-Reviews zu patientenzentrierter Kommunikation kleine positive Effekte auf den Gesundheitszustand [6] und auch ihr Einsatz bei Patienten mit Reizdarmsyndrom führte zu einer signifikanten Verbesserung von Symptom-schwere und Lebensqualität [8].

### Fallstricke der personalisierten Medizin

«Die Genetik als Steckenpferd der personalisierten Medizin entwickelt sich immens und nimmt auch in der alltäglichen Praxis – eindruckliches Beispiel ist die Onkologie – eine immer grössere Rolle ein», führte Prof. Dr. med. Andreas Papassotiropoulos von der Abteilung für Molekulare Neurowissenschaften an der Universität Basel, seinen Vortrag ein. «Wir erleben eine Revolution an genetischen und biologischen Befunden, die man natürlich in Beziehung setzen kann zu klinischen Befunden – so wie in der medizinischen Forschung eigentlich alles korrelativ ist. Man muss allerdings aufpassen, was man korreliert und welche Schlüsse man daraus zieht.» Entscheidend ist zum einen der Phänotyp, den man in Korrelation zu bestimmten Genen setzen will. Als unsinnige Anwendungen erscheint z.B. die Suche nach einem Gen für das äusserst komplexe Konstrukt «Religiosität» (im Sinne eines Persönlichkeitsmerkmals). Zum anderen – und dieser Fehlschluss passiert häufig – ist die Trennung von Gruppenstatistik und Individuum zentral. «Leider ist dieser Unterschied sehr schwer vermittelbar», so der Referent. Man stelle sich aber beispielsweise vor, man würde Alter und Geschlecht, die sich in einer genügend grossen Gruppe als statistisch signifikante Risikofaktoren für Alzheimer-Demenz erwiesen, dazu nutzen, einer einzelnen Person ihr Alzheimer-Risiko vorauszusagen. Natürlich sind diese Risikofaktoren hochsignifikant, doch heisst das noch lange nicht, dass sie in der Klinik wirklich gut diskriminieren können. Dazu benötigen wir ein Verfahren wie die ROC-Analyse, die einen guten Test mit einer «area under the curve» (AUC) 90% von einem schlechten mit einer AUC 65% unterscheidet. Um beim obigen Beispiel zu bleiben: Selbst wenn man bei Alzheimer die Genkomponente, d.h. APOE, als weiteren statistisch signifikanten Risikofaktor hinzunimmt – oder auch alle bekannten genetischen Loci, die mit AD assoziiert sind, bleibt die klinische Diskrimination am

einzelnen Individuum, d.h. die individuelle Risikoprädiktion damit defizitär [9].

«Vorhersagen aufgrund solcher Studien, wie sie kommerziell 23andMe vornimmt, sind nicht nur belustigend (z.B. sagt einem 23andMe den eigenen Ohrenschmalz-Typ voraus), sondern bergen eine reelle Gefahr, etwa dann, wenn sie vorgaukeln, das individuelle Suizid- oder Depressionsrisiko vorhersagen zu können – und es im Sinne einer «self-fulfilling prophecy» fördern. Tatsächlich erfuhren wir die Fehlwendung derartiger Studienergebnisse sozusagen am eigenen Leib, nämlich als ich bemerkte, dass unsere Studie zum KIBRA-Protein [10], das mit der Gedächtnisleistung assoziiert ist, von 23andMe dazu genutzt wird, die *individuelle* Gedächtnisleistung beim zahlenden Kunden vorauszusagen – was natürlich höchst unwissenschaftlich und daher problematisch ist.»

Quelle: 3. Schweizer Fachtag Psychosomatik, 1. September 2017, Zürich

### Literatur:

1. Adler R, Hemmeler W: Anamnese und Körperuntersuchung. 3. Auflage. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1992.
2. Mead N, Bower P: Soc Sci Med 2000 Oct; 51(7): 1087–1110.
3. Vedsted P, Heje HN: Scand J Prim Health Care 2008; 26(4): 228–234.
4. Langewitz W: Patientenzentrierte Kommunikation. In: Adler RH, et al. (Hrsg.): Uexküll. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. München, Elsevier, Urban & Fischer, München 2011; 338–347.
5. Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C: Anamneseerhebung. In: Rief W, Henningsen P (Hrsg.). Psychosomatik und Verhaltensmedizin. Eine Einführung in die Psychosomatische Medizin und Gesundheitspsychologie. Schattauer, Stuttgart 2015; 296–312.
6. Dwamena F, et al.: Cochrane Database Syst Rev 2012 Dec 12; 12: CD003267.
7. Curtis JR, et al.: JAMA 2013; 310(21): 2271–2281.
8. Kapchuk TJ, et al.: BMJ 2008; 336(7651): 999–1003.
9. Seshadri S, et al.: JAMA 2010; 303(18): 1832–1840.
10. Papassotiropoulos A, et al.: Science 2006; 314(5798): 475–478.