



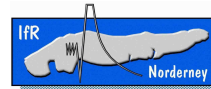
## Strategien der Rehabilitationsforschung: Die Bedeutung der Interaktion zwischen Patient & Behandler in der Rehabilitation

**Dr. Susanne Dibbelt**

Bad Rothenfelde

Institut für Reha-Forschung Norderney/  
Lehrstuhl für Rehabilitation der Universität Witten/Herdecke

20 Jahre VfR Norderney



## Die drei Säulen\* der Rehaforschung in Bad Rothenfelde



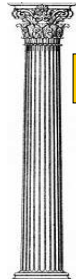
Chronischer  
Rückenschmerz

Kommunikation  
& Motivation

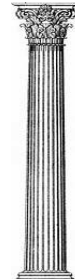
Berufliche  
Orientierung



APIR  
IopKo  
RUM  
Ruevarela  
Prädiktoren



P.A.INT  
ParZivar  
OptiPPar



EFL  
EVORNA  
BMR/Betsi

\*korinthisch

# Paracelsus (1493 – 1541)

Die beste Medizin für den  
Menschen ist der Mensch.

## Droge „Arzt“ ?!

Anteile der Behandlungseffekte bei Bluthochdruck:

- Ca. 20%: Biomedizinische Interventionen
  - Ca. 30% bis 40%: Placebo
  - Ca. 15% bis 20%: Hawthorne
  - “Offensichtlich sind noch 20% bis 30% der Erfolge ein Mysterium!”
- Blackbox „Arzt-Patient-Beziehung“?

(White, 1988, The Task of medicine):

- Anstatt diese Effekte als „nicht wissenschaftlich“ abzuwerten, sollten sie systematisch untersucht werden!

## Filling the „Black Box“

Die relevanten Elemente von Interaktionsaufgaben von Ärzten  
(nach Jozien Bensing, 1990):

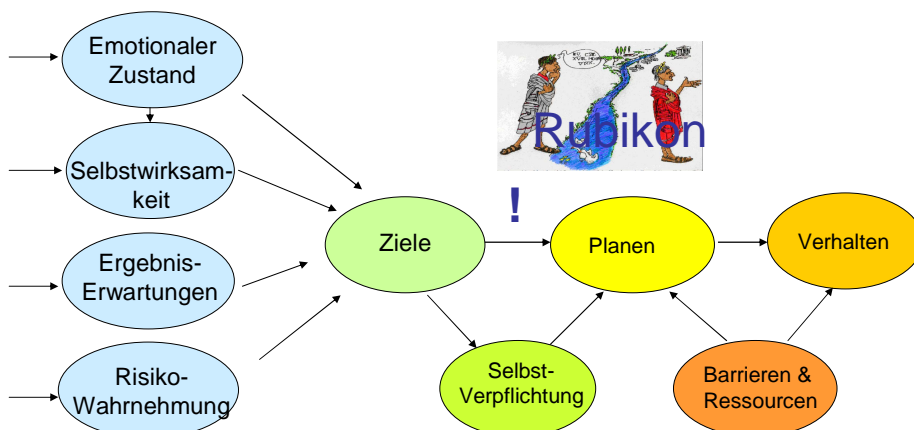
### Instrumentell

- Information geben und einholen
- Krankengeschichte aufnehmen
- Strukturierung (Moderation)
- Pädagogische und motivationale Kenntnisse
- Die wechselseitigen Erwartungen abstimmen
- Übereinstimmung über Problemdefinitionen und Ziele erzielen

### Affektiv

- Empathie, Wertschätzung und Stimmigkeit
- Reduktion von Stress, Angst und Unsicherheit

## Filling the black box: Motivationale Prozesse



Rubikon-Modell der Handlungsphasen: Kuhl & Heckhausen, 1983  
 Transtheoretisches Modell: Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C.;1985  
 HAPAModell (Health Action Process Approach) : Schwarzer, 1992

## Kommunikation & Motivation: Projekte in Bad Rothenfelde

### 1. P.A.INT 2004 - 2007

Qualitätssicherung der Patienten ~~Azt~~ Interaktion in der stationären medizinischen Rehabilitation

### 2. ParZivar 2008 - 2010

Partizipative Vereinbarung von Zielen in der stationären medizinischen Rehabilitation: Entwicklung und Evaluation einer Intervention zur Zielvereinbarung

### 3. OptiPPar 2008 - 2010

Optimierung der pflegerischen Patientenkontakte in der stationären Rehabilitation im Kontext neuer Versorgungssysteme

Phase I: Problem- und Potentialanalyse

## Von PAIN zu P.A.INT

Patientenkommentare aus der lopKo-Studie

- Patienten ernst(er) nehmen
- Bessere Beratung
- Mehr Verständnis
- Mehr Einfühlungsvermögen
- Mehr/ausführlichere Visiten
- Patienten nicht als Simulant abstempeln
- Mehr Aufmerksamkeit
- Besser zuhören
- Mehr Gespräche
- Mehr Kontakt

- Die meisten Beschwerden im ärztlichen Bereich
- Beziehen sich auf den Kontakt, selten auf fachliche Dinge

## Gesundheitspolitischer Hintergrund

1. SGB IX: Patienten (Nutzer-) Autonomie
2. Reform der Mediziner Ausbildung in Deutschland
3. Förderschwerpunkte
4. Zunehmende Evidenz über den Einfluss der P.A.INT auf Behandlungsergebnisse
5. Eigener Qualifikationshintergrund

## Gesundheitspolitischer & wissenschaftlicher Hintergrund

1. **SGB IX: Patienten (Nutzer-) Autonomie**
  - Selbstbestimmung, Gleichstellung, Empowerment
2. **Reform der Mediziner Ausbildung in Deutschland:**
  - Zu wenig praxis- und -patienten orientiert
  - Approbationsordnung für Ärzte von 2002: Intensiver Praxisbezug, Interdisziplinarität & kommunikative Kompetenz
  - Reformstudiengänge in Heidelberg, Dresden & Berlin nach Modellen der Harvard Medical School & Maastricht
3. **Förderschwerpunkte:**
  - **Patient als Partner** im medizinischen Entscheidungsprozess (2001 - 2006)
  - **Versorgungsnahe Forschung** - Chronische Krankheiten und
  - Patientenorientierung (2008 - 2012)
4. **Zunehmende Evidenz über den Einfluss der P.A.INT auf Behandlungsergebnisse:**
  - Gelungene Interaktion verbessert nachweislich Schmerzen, Funktion, Rückkehr zur Arbeit
5. **Eigener Qualifikationshintergrund:**
  - Psychologische Motivationsforschung und klientenzentrierte Psychotherapie
  - Motivation wird im wesentlichen durch Kommunikation vermittelt & gesteuert (und gestört)

## SGB IX: Patienten (Nutzer-) Autonomie & Teilhabe, Inklusion

### & Enthierarchisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses:

#### Aus den Richtlinien zur Förderung der versorgungsnahen Forschung im Bereich "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung:

„Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen aus der Rolle passiver "Patienten" befreit zu haben und ihnen Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe auch dann einzuräumen, wenn sie Sozialleistungen in Anspruch nehmen, ist eine wichtige Errungenschaft des SGB IX und der internationalen Behindertenpolitik.

- Verantwortungsübernahme
- Gleichstellung
- Empowerment
- Patient als Partner
- Patient als Koproduzent von Gesundheit

## Medizinerausbildung in Deutschland

- Zuwenig praxis- und -patienten orientiert: Beispiel Dresden - 90 Minuten Praktika zur Mitteilung schwieriger Diagnosen und Förderung der Adherence (Jünger & Köllner, 2003)
- Approbationsordnung für Ärzte von 2002: Intensiver Praxisbezug, Interdisziplinarität & kommunikative Kompetenz
- Reformstudiengänge in Heidelberg, Dresden & Berlin nach Modellen der Harvard Medical School & Maastricht:
  - Studenten trainieren in Rollenspielen mit simulierten Patienten
  - Wesentlicher Bestandteil der Prüfungen
  - Verhalten wird bewertet

## Förderschwerpunkte

### Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess (2001 - 2006):

- „Mehr „Patientenorientierung“ im Gesundheitswesen zu erreichen, ist ein zentrales Ziel der Gesundheitspolitik.
- Was „Patientenorientierung“ konkret bedeutet, zeigt sich nicht zuletzt im individuellen Arzt-Patienten-Verhältnis.“

### Versorgungsnahe Forschung - Chronische Krankheiten und Patientenorientierung (2008 - 2012):

„Patientenorientierung im Bereich der Versorgung von chronisch kranken Menschen steht für eine doppelte Perspektive:

- Auf der einen Seite für die Ausrichtung der Versorgung (also der Versorgungssysteme, der Leistungserbringer und der Leistungen selbst) auf die **individuellen Patientenbedürfnisse und -bedarfe**.
- Auf der anderen Seite steht Patientenorientierung für Versorgungsstrukturen und -prozesse zur Unterstützung von **Empowerment, Selbstmanagement und Selbstverantwortung** .“

## Zunehmende Evidenz

für PA-Interaktion als Schlüssel für den Behandlungserfolg:

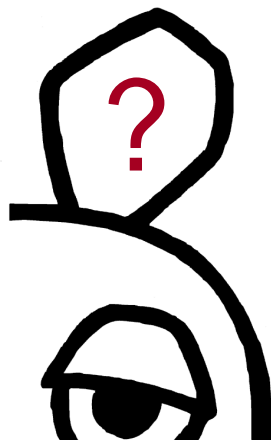
### Eine **gute** Patienten-Arzt-Beziehung verbessert nachweislich

- Patientenzufriedenheit
- Arbeitszufriedenheit der Ärzte
- Rückkehr zur Arbeit
- Beteiligung am Behandlungsprozess (Compliance)
- Schmerzen, Funktionsstatus
- Klinische Ergebnisse: Blutdruck & Blutzucker  
z. B. Di Blasi, 2001; Stewart, 1995; 1999; Dibbelt, 2007; Bensing, ??

## Eigener Qualifikationshintergrund

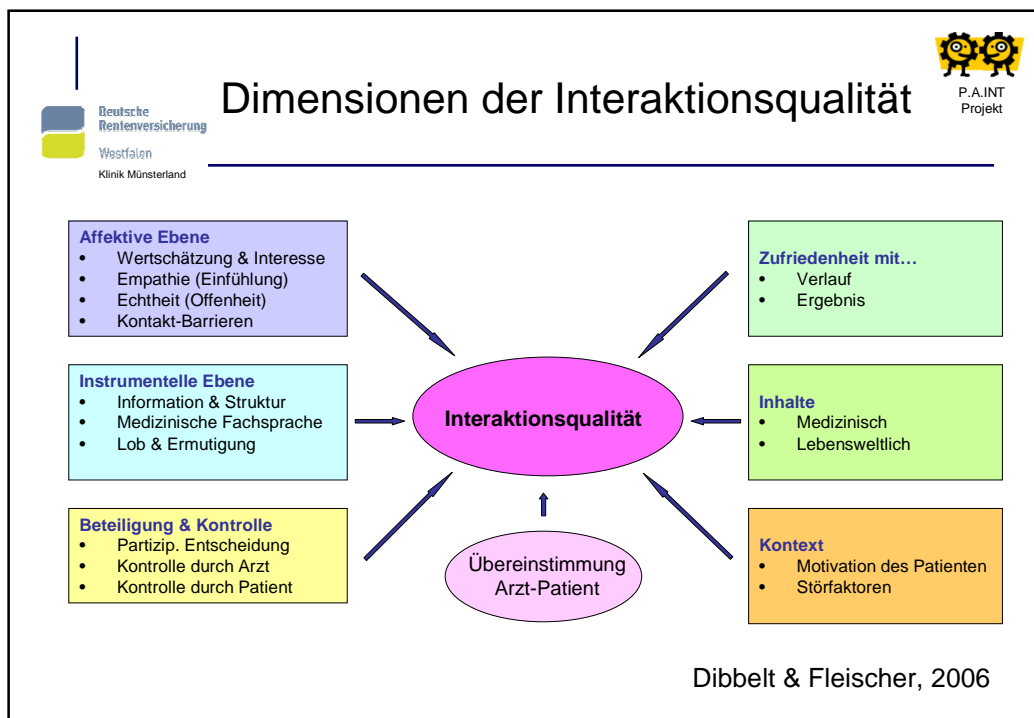
1. Psychologische Forschung & Dissertation: Motivation wird im wesentlichen durch Kommunikation vermittelt
2. Gesprächspsychotherapeutische Ausbildung nach Carl Rogers, Rainer Sachse & Schulz von Thun:
  - Intensives Training kommunikativer Fertigkeiten und gesprächsanalytischer Methoden
  - Psychische Störungen sind auch Interaktionsstörungen
3. Lehre und Trainingserfahrung in Hochschulen und Industrie

## P.A.INT: Fragestellungen



1. Was ist **Qualität** in der Interaktion zwischen Arzt und Patient?
2. Wie beurteilen Ärzte & Patienten die gemeinsamen Gespräche?
3. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der **Interaktionsqualität** bei Aufnahme und dem Reha-Erfolg 6 Monate nach Entlassung?
4. Verbessert ein reha-bezogenes **Training** für Ärzte deren kommunikativen Kompetenzen?

# Frage 1: Was ist Qualität in der Interaktion und wie kann man sie messen? Der P.A.INT-Fragebogen



## Erhebung der Interaktionsqualität

### 2 Parallelförmungen mit analogen Formulierungen der Items für

- a) PatientIn
- b) Arzt/Ärztin
- 14 Skalen
- 53 Items

### Zu bewertende Situationen:

1. Aufnahme
  2. Stationsarztvisite
  3. Oberarztvisite
  4. Entlassgespräch
- Jeder Arzt bewertete Kontakte mit 8 Patienten
  - Selektionskontrolle durch Festlegen von Aufnahmetagen
  - Patienten: Reha-Status t0, t1 & Katamnese 6 Monate nach Entlassung
  - 7 Kliniken

## Fallzahlen

N Bewertungen, gesamt		
	Arzt	Patient
Aufnahme	448	474
1. Visite (Oberärzte)	242	407
2. Visite	251	391
Abschluss	432	445
Summe	1373	1717

Katamnese 6 Monate nach Entlassung: 292

## Frage 2: Wie bewerten **Ärzte & Patienten** ihre gemeinsamen Gespräche?

### Antwort auf Frage 2: Vergleich der Arzt- & Patientenurteile

1. Die affektive Ebene (Empathie & Wertschätzung) wird von **Ärzten und Patienten** gleich *gut* eingeschätzt
2. **Ärzte** nehmen Barrieren und Störungen ausgeprägter wahr als Patienten
3. **Ärzte** schätzen das Ausmaß, in dem sie
  - informieren
  - Patienten verstärken und ermutigen
  - das Gespräch kontrollieren**höher ein als die Patienten**
4. Patienten nehmen mehr **Fachsprache** wahr als Ärzte
5. Die affektive Qualität lässt im Reha-Verlauf nach (Abnahme Empathie, Zunahme Kontaktbarrieren aus Sicht der Patienten)

# Frage 3:

## Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Interaktionsqualität und dem Reha-Erfolg?

#### Förderer:

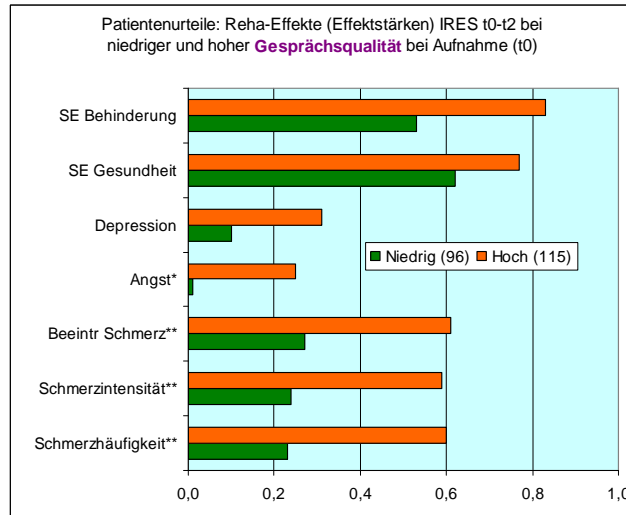
- Wertschätzung
- Echtheit (Stimmigkeit)
- Empathie
- Ermutigen (loben)
- Beteiligen
- Information
- Lebensweltliche Themen

#### Störer:

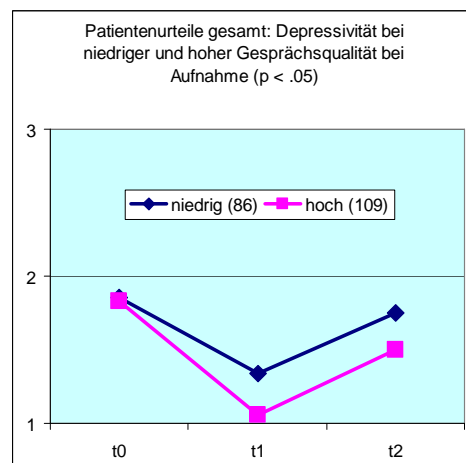
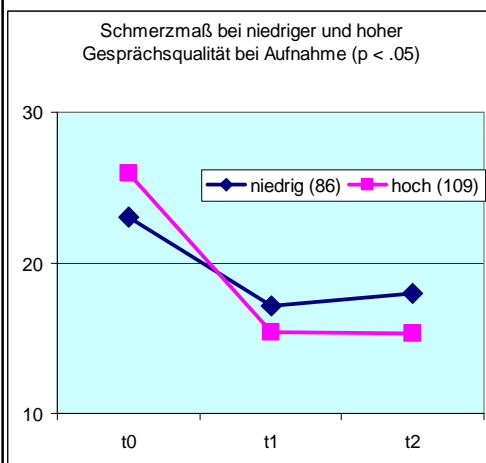
- Kontaktbarrieren
- Fachsprache
- Wartezeiten,  
Unterbrechungen

➤ Summenwerte aus den P.A.INT Skalen & Bildung zweier Urteile  
Gruppen anhand der Mediane der Patienten Urteile

## Reha-Effekte (Effektstärken) IRES t0-t2 bei niedriger und hoher **Gesprächsqualität**



## Schmerzen & Depressivität bei hoher/niedriger Interaktionsqualität



Antwort auf Frage 3:  
Zusammenhang zwischen der  
Interaktionsqualität und dem Reha Erfolg? Ja!

Die Reha Effekte 6 Monate nach Entlassung sind in der Gruppe mit hoher Gesprächsqualität bei Aufnahme größer in Bezug auf:

- Schmerzen
- Angst
- Depression
- Selbsteinschätzung der Gesundheit

Umgekehrt lässt sich auch zeigen, dass ausgeprägter erlebte Störfaktoren mit geringeren Reha Ergebnissen einhergehen

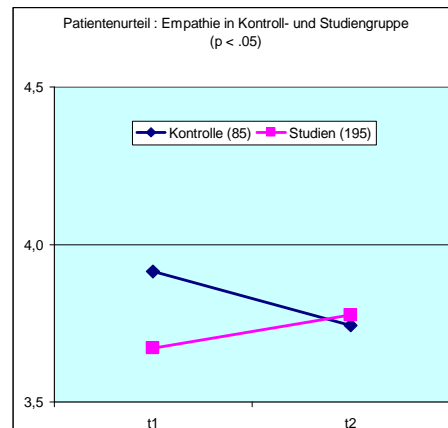
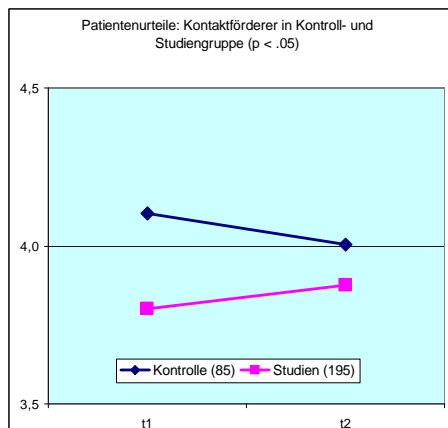
- Die Nachhaltigkeit und Überlegenheit bei hoher Gesprächsqualität zeigt sich auch in Bezug auf einzelne P.A.INT Salen wie Empathie und Ermutigung

Frage 4:  
Verbessert ein Training die  
Interaktionsfähigkeit der  
Ärzte?

## P.A.INT Evaluationsdesign N (Patientenbewertungen)

	Vor Training		
Kontrolle	1. Erhebung	2. Erhebung	Training der Ärzte
2 Kliniken	103	81	
Studien	1. Erhebung	Training der Ärzte	2. Erhebung
3 Kliniken	240		178

## Effekte des P.A.INT-Trainings



## Antwort auf Frage 4: Verbessert ein Training die Interaktionsfähigkeit bei den Ärzten? JA!

- Patienten, die nach dem Training befragt wurden, beurteilen die Interaktion mit dem Arzt signifikant besser als Patienten, die vor dem Training befragt wurden
- Gleichzeitig nahmen die Störfaktoren ab
- Die Kontrollgruppe dagegen verschlechterte sich

## Zusammenfassung der P.A.INT- Ergebnisse

- Der P.A.INT-Fragebogen scheint wichtige und einflussreiche Aspekte der Patienten-Arzt-Interaktion zu messen
  - Patienten bewerteten die Interaktion mit den Ärzten positiv, vor allem auf der affektiven Ebene
  - Behandlungseffekte in Bezug auf Schmerz, Angst, Depression und Selbsteinschätzung der Gesundheit waren 6 Monate nach Entlassung **doppelt bis dreifach so hoch in der Gruppe mit hoher Interaktionsqualität** als in der Gruppe mit geringer Interaktionsqualität
  - Das Interaktionstraining führt zu kleinen, aber konsistenten Verbesserungen
- **Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der P.A.INT und ermutigen zu weiteren Projekten!**

## P.A.INT und die Folgen

### Projekte

- ParZivar: Partizipative Vereinbarung von Rehazielen (DRV Bund, BMBF)
  - OptiPPar: Optimierung der Pflegerischen Patientenkontakte (VfR)
- 21 Vorträge 2006 bis 2008, auch auf internationalen Tagungen (ICP (International congress of psychology, ICP, Berlin, EACH (European Association of Communication in Healthcare, Oslo)

### In Arbeit u.a.:

- Beiträge in internationalen Journals (Patient Education & Counseling)

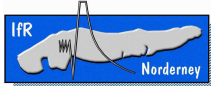
### Visionen:

- Nationale & Internationale Kooperationen

## Herzlichen Dank an...

1. [Klinik Königsfeld](#) der DRV Westfalen, Ennepetal
2. [Klinik Salztal](#) der DRV Westfalen, Bad Salzuflen
3. [Klinik Münsterland](#) der DRV Westfalen, Bad Rothenfelde
4. [Klinik Bad Oexen](#), Bad Oeynhausen
5. [Reha-Zentrum Bad Eilsen](#) der DRV Braunschweig-Hannover
6. [Klinik Niederrhein](#) der DRV Rheinland, Bad Neuenahr-Ahrweiler
7. [Klinik Roderbirken](#) der DRV Rheinland, Leichlingen
8. [Nordseeklinik Borkum](#) der DRV Rheinland, Borkum
9. [Klinik Aggertal](#) der DRV Rheinland, Engelskirchen
  
10. Christian Fleischer, Universität Osnabrück, Fachbereich Psychologie
11. Prof. Dorothee Heckhausen, EFH Berlin
12. Prof. Dr. Fritz A. Muthny, [Institut für Medizinische Psychologie](#), Uni-Klinik Münster

## Die Beziehung zwischen Arzt und Patient...



...ist eine unterschätzte  
Ressource!