



Wie viel Empathie kommt an?

ÄrztIn-Patientin-Beziehung in der gynäkologischen Praxis

Erste Studie der Gruppe PFP (Psychosomatische Forschung in der Praxis)

Ingeborg Möller, Valenka Dorsch, Christine Lehmann, Anke Rohde, Frauke von Bodelschwingh, Anne Wirth, Claudia Schumann

Wie wirkt es sich aus, wenn FrauenärztInnen psychosomatisch arbeiten? Sind die Patientinnen zufriedener, können sie beispielsweise mit chronischem Unterbauchschmerz besser umgehen, gibt es weniger Frühgeburten? Zeigt die psychosomatische Zusatzqualifikation positive Effekte? Um solche Fragen aus der Praxis heraus zu erforschen, gründete sich bei der DGPF-Tagung 2008 das Netzwerk PFP (Psychosomatische Forschung in der Praxis). Als erstes Projekt von PFP wurde eine Studie zur Messung von Empathie in der psychosomatisch orientierten FrauenärztInnenpraxis durchgeführt. Empathie gilt als zentraler Bestandteil der psychosomatischen Grundhaltung und Grundlage für eine gelingende ÄrztIn-Patientin-Beziehung. Mit Stewart Mercer verstehen wir unter Empathie "the ability to communicate an understanding of a patient's world and to act on that understanding in a therapeutic way" (Mercer 2005).

Fragestellung

- Wie „**empathisch**“ erlebt die Patientin die Ärztin?
- Korreliert die Bewertung der Patientin mit der Selbstbewertung der Ärztin?
- Gibt es Unterschiede im Ausmaß an wahrgenommener Empathie
 - abhängig von **ärztlichen** Merkmalen?
 - abhängig von **Patientinnen**-Merkmalen?
 - abhängig vom **Anlass der Konsultation**?

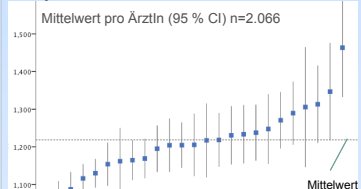
Methodik / Studienpopulation

Die beteiligten Praxen wurden rekrutiert über eine Einladung im DGPF-Rundbrief und über direkte Anfragen bei Kolleginnen, die Mitglied in der DGPF und/oder im AKF (Arbeitskreis Frauengesundheit e.V.) sind. 23 Ärztinnen und 1 Arzt nahmen an diesem Projekt teil. 100 Fragebögen pro Ärztin wurden von 11/2008 bis 2/2009 kontinuierlich an Patientinnen ausgegeben, die Krebsfrüherkennung, Schwangerenvorsorge oder Krebsnachsorge in Anspruch nahmen. Fragebögen von 2.066 Patientinnen konnten eingeschlossen werden. Mittleres Alter 36,33 Jahre (unter 20 bis über 80 Jahre), gehobenes Bildungsniveau (80,0 % Uni oder Lehre), Anlass der Konsultation: Krebsfrüherkennung 56,3 % (n=1.164), Schwangerenvorsorge 21,4 % (n=443), Krebsnachsorge 6,5 % (n=135), sonstige 15,7 % (n=324). Zur Abbildung des Konstruktes Empathie kam die in verschiedenen europäischen Studien (Mercer et al. 2005, Neumann et al. 2008) validierte "CARE"-Skala (Consultation And Relational Empathy) in der deutschen Fassung nach Neumann et al. (2008) zum Einsatz. Um die Einschätzung der Patientin mit der Selbsteinschätzung der jeweiligen Ärztin zu vergleichen, beurteilte die ÄrztIn mit Hilfe einer modifizierten deutschen Fassung der "CARE"-Skala ihre eigene Empathiefähigkeit. Einschlusskriterien waren auf Seiten der Patientin ein gutes Verständnis der deutschen Sprache und die Angabe der wesentlichen soziodemographischen Daten, auf Seiten der ÄrztIn ein Rücklauf von mindestens 50 Fragebögen.

CARE-Skala

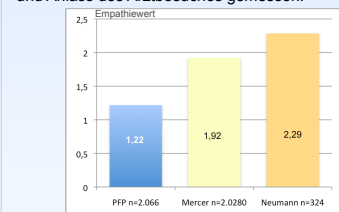
- Hat sich die Ärztin so verhalten, dass Sie sich in ihrer Nähe wohlfühlen konnten
- Hat sich die Ärztin Ihre (Krankheits-) Geschichte erzählen lassen?
- Hat die Ärztin Ihnen wirklich zugehört?
- Hat sich die Ärztin für Sie und für Ihr Umfeld interessiert?
- Hat die Ärztin Ihre Sorgen wirklich verstanden?
- War die Ärztin fürsorglich und hat sie Mitgefühl gezeigt?
- Hat Ihnen die Ärztin Mut gemacht?
- Hat die Ärztin Ihnen alles verständlich erklärt?
- Hat die Ärztin Ihnen geholfen, einen Weg zu finden, mit Ihrem Anliegen/ Ihrer Krankheit umzugehen?
- Hat die Ärztin mit Ihnen zusammen einen Plan für die weitere Betreuung erestellt?

Empathiewert

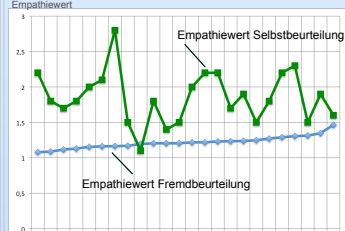


Empathiewerte im Studienvergleich

Im Vergleich zu anderen Untersuchungen mit CARE ist der in dieser Studie gemessene Empathiewert **außergewöhnlich hoch** und variiert zwischen den Ärztinnen kaum. Ein hoher Empathiewert entspricht einem niedrigen Zahlenwert. Dies hohe Ausmaß wurde bei allen Einzelitems, in allen Untergruppen auch bei Unterscheidung nach Alter, Bildungsgrad, Berufstätigkeit, Dauer der Praxiszugehörigkeit und Anlass des Arztbesuches gemessen.

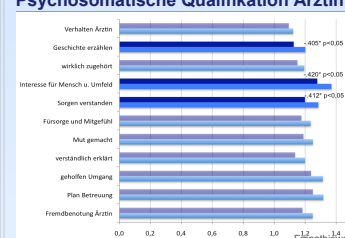


Vergleich Fremd- und Selbstbeurteilung



Die Selbstbeurteilung der Ärztin und die Fremdbeurteilung der zugehörigen Patientinnenstichprobe sind unabhängig voneinander. Auf Itemebene unterschätzen sich die ÄrztInnen in der Fähigkeit, der Patientin aktiv zuzuhören (Item 2 und 3) und in ihrer Zugewandtheit (Item 1). Die ÄrztInnen überschätzen sich in genuin ärztlichen Kompetenzen wie medizinische Zusammenhänge verständlich darzustellen (Item 8), und sie sind aus Sicht der Patientin weniger in der Lage, über Behandlungspläne zu informieren und in die Erstellung dieser Pläne einzubeziehen (Item 10).

Psychosomatische Qualifikation ÄrztIn



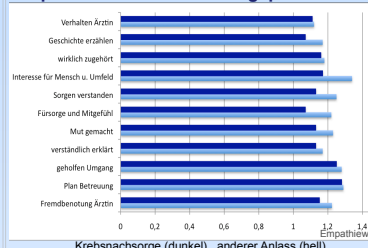
Eine über die psychosomatische Grundversorgung hinausgehende Qualifikation der ÄrztIn in psychosomatischer Medizin (Weiterbildung Psychotherapie) **erhöht nicht** den Empathiewert. Dies ändert sich auf Itemebene. Beim Vergleich der durch die Patientin vergebenen Scores für die einzelnen Items zeigen sich in der Gruppe der ÄrztInnen mit Weiterbildung Psychotherapie bei "Geschichte erzählen", "wirklich zugehört" und "Sorgen wirklich verstanden" signifikant **bessere** Werte.

Abhängigkeit vom Anlass der Konsultation

Erkennbar ist die Tendenz, dass Empathie in der ÄrztIn-Patientin-Beziehung je nach Anlass der Konsultation unterschiedlich bewertet wird. Beim Empathiewert der Gruppen ergab sich folgende Rangfolge (Sortierung nach dem mittleren Empathiewert in der Patientinnenbeurteilung):

Krebsnachsorge 1,15 > Krebsfrüherkennung 1,21 > Schwangerenvorsorge 1,25

Empathie bei Krebsnachsorgepatientinnen



Von der Gruppe der Krebsnachsorgepatientinnen werden alle Items besser bewertet als in der Gesamtgruppe. Sie erfahren in der Tendenz **mehr Anteilnahme an ihren persönlichen Lebensumständen** (Item 4), **fühlen sich in ihren Sorgen besser verstanden** (Item 5) und **erleben mehr Mitgefühl und Fürsorge** (Item 6).

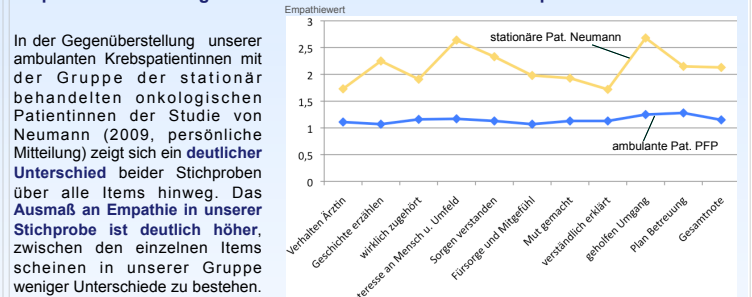
Abhängigkeit vom Patientinnenalter

Eine **hochsignifikante Korrelation** ($r=-.168^{**}$, $p<.01$) zeigt sich bei der Zuschreibung an **Empathie und Alter der Patientin** (Gesamtnote und alle Einzelitems). Je älter die Patientin desto höher wird die Empathie der ÄrztIn bewertet. In der Altersgruppe der **unter 20-jährigen** (n=42) ist der Wert 1,37, bei den **60-80-jährigen** (n=260) ist der Wert 1,13, bei den **über 80-jährigen** (n=14) ist der Wert 1,05.

Einflussfaktoren auf Empathieerleben

Als Einflussfaktoren auf ein besseres Empathieerleben zeigten sich in unserer Studie neben dem **Patientinnenalter** auf Seiten der Patientin die **Dauer der ÄrztIn-Patientin-Beziehung** und der **Anlass der Konsultation**. Auf ÄrztInnenseite hatten **niedrigeres Lebensalter, Komplementärmedizin** (Naturheilkunde, Ernährungsmedizin, Homöopathie, Akupunktur) sowie **eigene psychotherapeutische Weiterbildung** zum Zusatztitel und **Psychotherapieangebote** in der Praxis einen schwachen positiven Einfluss. Bildungsgrad der Patientin, Niederlassungsdauer der Ärztin und Praxisorganisation wirkten sich nicht aus. Formale psychosomatische Zusatzqualifikationen, Mitgliedschaft in psychosomatisch orientierten Berufsverbänden und die Teilnahme an Supervisions- oder Balintgruppen alleine zeigten ebenfalls keinen Einfluss.

Empathiewerte im Vergleich ambulanter und stationärer Krebspatientinnen



In der Gegenüberstellung unserer ambulanten Krebspatientinnen mit der Gruppe der stationär behandelten onkologischen Patientinnen der Studie von Neumann (2009, persönliche Mitteilung) zeigt sich ein **deutlicher Unterschied** beider Stichproben über alle Items hinweg. Das **Ausmaß an Empathie in unserer Stichprobe ist deutlich höher**, zwischen den einzelnen Items scheinen in unserer Gruppe weniger Unterschiede zu bestehen.

Schlussfolgerung

Empathie kommt an! Insgesamt ergeben sich **außergewöhnlich hohe CARE-Empathiewerte**. Dies ist aus unserer Sicht ein **Effekt der psychosomatisch orientierten Arbeitsweise**. Weniger Einfluss als erwartet hat der Zusatztitel Psychotherapie auf wahrgenommene Empathie.

CARE ist ein wertvolles (Selbst-)Evaluationsinstrument: Selbst- und Fremdbeurteilung sind unabhängig voneinander. ÄrztInnen können individuell für sich durch den Einsatz von CARE lernen. **Kommunikative Fähigkeiten** sollten noch mehr geschult werden.

Frauen nach Krebs profitieren ganz besonders von der psychosomatischen Grundhaltung in der Praxis, das bedeutet: Diese Frauen brauchen uns! Um diese zeitaufwändige Zuwendung leisten zu können, muss die ambulante Krebsnachsorge angemessener als bislang honoriert werden.

Literatur Mercer SW, Relevance and practical use of the CARE Measure in general practice, 2005 Neumann M, Psychometric Evaluation of the German Version of CARE, 2008

Kontakt **Dr. Ingeborg Möller, Alsenstr. 25, 22769 Hamburg, praxis@alsenstrasse.de**