

Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln?

Patientenbeteiligung gerät zunehmend in den Blickpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion. Dabei muss zwischen der Patientenbeteiligung bei der Ausgestaltung und den Regeln des Gesundheitssystems (Makroebene) und der Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen im Gespräch zwischen Arzt und Patient (Mikroebene) unterschieden werden. Im Bereich der Patientenbeteiligung im konkreten Behandlungsfall entstand der Ansatz des «Shared Decision Making».



Andreas Loh

Andreas Loh, Daniela Simon

«Shared Decision Making» wird in der deutschen Übersetzung als «Partizipative Entscheidungsfindung» bezeichnet. Der Ansatz wird definiert als ein Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen [1]. Dieser Ansatz nimmt eine Mittelstellung ein zwischen der paternalistischen Vorgehensweise, bei der die Informations- und Entscheidungsmacht hauptsächlich beim Arzt liegt, und dem Autonomiemodell, bei dem die Entscheidung in erster Linie vom Patienten bestimmt und verantwortet wird. Die Vorgehensweise bei der Partizipativen Entscheidungsfindung folgt einem klar erkennbaren und erlernbaren Ablauf mit aufeinander aufbauenden Schritten im Gespräch zwischen Arzt und Patient.



Daniela Simon

Bedeutung der Partizipativen Entscheidungsfindung

Mehrere Gründe sprechen für die Partizipative Entscheidungsfindung. Die Rollenerwartungen von Patienten gegenüber den Ärzten verändern sich ständig, das Informationsgefälle zwischen Ärzten und Patienten sinkt. Patienten wollen informiert werden und bei medizinischen Entscheidungen mitdenken und mitentscheiden. Dazu kommt, dass durch den medizinischen Fortschritt das Behandlungsangebot immer umfangreicher wird. Dabei sind Unterschiede zwischen einzelnen Therapien manchmal weniger in klinischen Merkmalen als in patientenrelevanten Bewertungen erkennbar. Auch aus medizinethischer und rechtlicher Perspektive ist Patientenbeteiligung zu fordern. Nicht zuletzt sind es die empirischen Befunde verbesserter Akzeptanz der Behandlung, grössere Zuverlässigkeit bei der Umsetzung der Therapien, höherer Patientenzufriedenheit und in einigen Fällen auch grössere Behandlungseffekte, die für die Partizipative Entscheidungsfindung sprechen [2].

Idealtypische Patientenbeteiligung

Eine gelungene Partizipation an einer medizinischen Entscheidung erfordert bestimmte Handlungsschritte. Doch sind diese nicht als streng formaler Ablauf gedacht, sondern vielmehr als orientierende Elemente zur Strukturierung des Arzt-Patienten-Gesprächs (*Abbildung 1*).

Zunächst ist explizit zu machen, dass eine medizinische Entscheidung getroffen werden muss. Die Rollen von Arzt und Patient

werden durch die angebotene Zusammenarbeit und die prinzipielle Gleichberechtigung («Equipose») beider Partner bei der Entscheidungsfindung bestimmt. Weiterhin bezieht sich die Gleichwertigkeit auch auf die unterschiedlichen, aber im Prinzip gleichwertigen Behandlungsmöglichkeiten, die bei einer Erkrankung verfügbar sind. Im nächsten Schritt werden die Vor- und Nachteile jeder Entscheidungsoption im Gespräch zusammengestellt. Der Arzt erfragt, inwiefern das Besprochene verstanden wurde und exploriert die Sicht des Patienten auf Erwartungen oder Befürchtungen im Hinblick auf die Behandlungsoptionen. Der Austausch von Informationen umfasst auch Aspekte des Lebensumfeldes des Patienten, seine Werte, Bedürfnisse, Einstellungen und Emotionen. Danach werden die unterschiedlichen Präferenzen zu den Behandlungsoptionen ermittelt. Es erfolgt ein Abwägen der Optionen auf dem Hintergrund der Lebenssituation des Patienten. Dann wird eine gemeinsame Entscheidung herbeigeführt, für die beide, Arzt und Patient, auch gemeinsam Verantwortung übernehmen und eine Vereinbarung zur Umsetzung der gewählten Behandlung treffen.

Evidenzbasierte Medizin als Ausgangspunkt

Im Prozessmodell der Partizipativen Entscheidungsfindung ist die evidenzbasierte Medizin Ausgangspunkt der medizinischen Entscheidung. Diese kann aber nicht unmittelbar aus der Studienlage oder der medizinischen Evidenz abgeleitet werden. Stattdessen fließen unterschiedliche Faktoren in diesen komplexen Prozess der Auswahl und Bewertung von Behandlungsoptionen ein. Die Bedürfnisse von Patienten müssen gegenüber den Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin als grundsätzlich gleichberechtigt bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden.

Auf der Seite der Patienten sind beispielsweise individuelle Informationsbedürfnisse, persönliche Bewertungen von Risiken, der eigenen Behandlungsbedürftigkeit oder von zu erwartenden Wirkungen einer Behandlung bestimmend. Der Arzt wiederum muss ebenso Bewertungen von Risiken und Chancen der Behandlungsoptionen berücksichti-

gen wie auch Erfahrungswerte von früheren Behandlungen oder sein Wissen über die verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten. Er ist Experte im medizinischen Sinne und urteilt aufgrund seiner eigenen Erfahrungen und seines eigenen Spektrums an Wissen.

1. Mitteilen, dass eine Entscheidung ansteht
2. Gleichberechtigung der Partner formulieren
3. Über Wahlmöglichkeiten informieren («Equipose»)
4. Information über Vor- und Nachteile der Optionen geben
5. Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen
6. Präferenzen ermitteln
7. Aushandeln
8. Gemeinsame Entscheidung herbeiführen
9. Vereinbarung zur Umsetzung der Entscheidung treffen

Abbildung 1: Handlungsschritte der Partizipativen Entscheidungsfindung

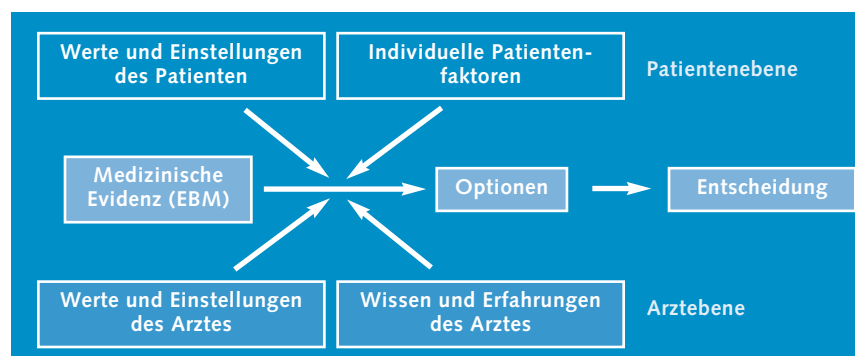


Abbildung 2: Prozessmodell der Partizipativen Entscheidungsfindung

Der Patient aber ist Experte, was seinen Lebensalltag, seine Bedürfnisse, seine Werte, Ziele, Sorgen und Ängste anbelangt. Das gilt auch für die Ressourcen, die er zur Verwirklichung dieser Ziele einsetzen kann und will.

Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess

Auch motiviert durch die wünschenswerten Effekte, die mit dem Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung erreicht werden können, hat das Bundesministerium für Gesundheit in Deutschland 2001 den Förderschwerpunkt mit dem Titel «Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess» eingerichtet. Bei dieser Förderung werden die Auswirkungen der Patientenbeteiligung nach dem Konzept der Partizipativen Entscheidungsfindung in zehn Modellprojekten überprüft. Alle zehn Projekte ha-

ben den Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung in einem jeweils ausgewählten Versorgungsgebiet implementiert. In fünf im weiteren Sinne internistischen Indikationsbereichen (Hypertonie, Erkrankungen der Atemwege, arterielle Verschlusskrankheit, Brustkrebs und Palliativmedizin) und in fünf Indikationen aus dem Bereich der Neurologie und Psychiatrie (multiple Sklerose, chronischer Schmerz, Alkoholmissbrauch, Depression und Schizophrenie) wurden Studien durchgeführt [3]. Die wissenschaftliche Verwertung dieser Forschungen ist noch im Gang. Vorläufig kann aber zusammengefasst werden, dass die Beteiligungspräferenz der Patienten in Deutschland gross ist. Mit den Interventionen sind in den Studien positive Effekte auf das Wissen der Patienten, auf Patienten- und Arztzufriedenheit, auf Adherence und den Behandlungserfolg erreicht worden. Ingesamt belegen die erarbeiteten Ergebnisse sowohl den Bedarf als auch die Akzeptanz der Partizipativen Entscheidungsfindung.

Im nächsten Schritt sollen die Erkenntnisse aus den Modellprojekten für den Transfer in die Versorgung genutzt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit stellt daher ergänzende Fördermittel bereit. In dieser zweiten Förderphase, die sich bis 2007 erstreckt, werden vier der ursprünglich zehn Arbeitsgruppen weiter gefördert. Dabei stehen Transfermassnahmen im Vordergrund, bei denen die Partizipative Entscheidungsfindung an Lehrbeauftragte der Medizin vermittelt wird, die das Thema in die medizinische Aus- und Fortbildung übertragen (sog. Train-the-Trainer-Ansätze). Die Ergebnisse der Forschungsprojekte sowie weitere spezifische Studien werden auf jährlichen nationalen Tagungen der Öffentlichkeit vorgestellt. Im Jahr 2007 wird die nationale deutsche Tagung des Förderschwerpunktes mit der Internationalen Shared Decision Making Conference verbunden und in Freiburg im Brteisgau ausgerichtet.¹

Mehrere Forschungsfragen sind noch ungeklärt, zum Beispiel Auswirkungen auf Konsultationszeit, Gesundheitsökonomie und so

weiter, und erforderliche Materialien noch nicht im wünschenswerten Umfang oder in hinreichender Qualität verfügbar (etwa Messinstrumente, Patienteninformationen, Entscheidungshilfen, sog. Decision-Aids etc.). Dennoch ist zusammenfassend davon auszugehen, dass die Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen eine zunehmende Verbreitung in der medizinischen Versorgung erfahren wird.

Autoren:

Dr. phil. Andreas Loh, Dipl. Psych.

Wissenschaftlicher Leiter von Projekten zur partizipativen Entscheidungsfindung
Universitätsklinikum Freiburg
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung
Hauptstrasse 5
D-79104 Freiburg
Andreas.Loh@uniklinik-freiburg.de

Dipl. Psych. Daniela Simon

Universitätsklinikum Freiburg
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung
Hauptstrasse 5
D-79104 Freiburg
Daniela.Simon@uniklinik-freiburg.de

Literatur:

1. Loh A, Simon D, Niebling W et al. (2005) Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 81: 550–560.
2. O' Connor A, Stacey D, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, Rovner D, Holmes-Rovner M et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 2003.
3. Härter M, Loh A, Spies C (Hrsg.) (2005) *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln – Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

¹ Weitere Informationen sind auf der Internetseite www.patient-als-partner.de verfügbar.