

Gemeinsame Entscheidungsfindung

«Shared-decision-making: a new challenge for the physicians?», 25. November 2004 in Bern

BRIGITTE CASANOVA

Gemeinsame Entscheidungsfindung bringt zufriedenere Patientinnen und Patienten sowie eine bessere Compliance. Sie kann aber auch die Patienten verunsichern und dem Arzt ermöglichen, sich seiner Verantwortung zu entziehen.

Eine medizinische Entscheidung soll der Arzt gemeinsam mit dem Patienten treffen. Am Weiterbildungsnachmittag der Firma Sanofi-Aventis zweifelte eigentlich niemand daran. Die Veranstaltung brachte dann aber neben den Vorteilen auch einige Tücken der gemeinsamen Entscheidungsfindung ans Licht. Die Referenten zeigten, dass eine gemeinsame Entscheidungsfindung nicht in allen Fällen und für alle Patienten ideal ist.

Gemeinsam verantwortete Übereinkunft

Gemeinsame oder partizipative Entscheidungsfindung wird beschrieben 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». Diese

Definition lieferte Martin Härter, Privatdozent an der Universitätsklinik für Psychiatrie in Freiburg. Die gemeinsame Entscheidungsfindung liegt damit zwischen dem althergebrachten paternalistischen Modell und der Informed-Choice. Was damit gemeint ist, erläuterte Glyn Elwyn, Professor für Primary Care an der Universität von Swansea (Wales): Im paternalistischen Modell entscheidet der Arzt für den Patienten; bei der Informed-Choice wird der Patient vom Arzt informiert, und der Patient trifft dann selber die Entscheidung. Dabei hält sich der Arzt zurück. Die volle Verantwortung liegt beim Patienten, «was diesen nicht unbedingt glücklich macht», wie Elwyn anfügte.

Bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung wird nun diese Verantwortung wenn möglich geteilt. Dabei sind immer mindestens zwei Personen involviert, der Arzt und der Patient. Oft reden die Angehörigen und enge Freunde ebenfalls direkt oder indirekt mit, so Elwyn. Dem Patienten wird erklärt, dass in seiner Situation mehrere Behandlungsmöglichkeiten bestehen. Um dem Patienten die Wahl zu geben, ist es unabdingbar, dass die Möglichkeiten mit all ihren Risiken und Benefits verständlich erläutert werden. Dann erst kann eine Entscheidung, idealerweise in Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient, getroffen werden. Wichtig ist dabei, so Elwyn, dass der Patient alle nötigen Informationen erhält, und dass der Arzt die Werte und Vorlieben des Patienten integrieren kann.

Zufriedenere Patienten, bessere Compliance ... und die Kosten?

Alle Referenten waren Verfechter der gemeinsamen Entscheidungsfindung.

Merksätze

- Die Patientinnen und Patienten sollen nur so weit in die Entscheidungsfindung involviert werden, wie sie selber es wollen.
- Der Placeboeffekt verschwindet, wenn der Patient in die Entscheidung einbezogen wird.
- Ärzte unterschätzen den Wunsch der Patienten nach Informationen und Besprechung, während sie den Wunsch des Patienten, selber die Entscheidungen zu treffen, überschätzen.

Härter erläuterte die Vorteile: Wenn sich die Patienten an den Entscheidungen beteiligen, so verbessert dies die Therapietreue. Dies wiederum führt zu besseren Behandlungsergebnissen und trägt zu höherer Zufriedenheit der PatientInnen und ÄrztInnen bei. Auch die Ärzte profitieren von der besseren Arzt-Patienten-Beziehung. Zudem wird der Arzt oder die Ärztin entlastet, wenn die Verantwortung der medizinischen Entscheidung gemeinsam getragen wird. Oder wie Julian Schilling, Privatdozent am Institut für Sozial- und Präventivmedizin in Zürich, es ausdrückte: «Eine geteilte Sorge ist eine halbe Sorge.»

Studien aus Deutschland zeigen, dass eine Schulung der Ärzte die Patientenpartizipation fördert, und dass die Patienten mehr mit der Meinung der Ärzte übereinstimmen, so Härter. Erstaunlicherweise hat sich in Deutschland die Konsulta-

Gemeinsame Entscheidungsfindung

tionszeit nicht erhöht, wenn die Ärzte in partizipativer Entscheidungsfindung geschult waren. Härter ist der Meinung, dass auch das Gesundheitssystem profitiert, weil die Gesundheitsleistungen effizienter genutzt werden.

Dabei erhofft man sich von gemeinsamer Entscheidungsfindung, so Schilling, dass sie die Kosten senkt: «Bis heute fehlen aber Daten, welche eine Kostenreduktion belegen.» In der Schweiz kann der zeitbasierte Tarmed eine gemeinsame Entscheidungsfindung, welche Zeit beansprucht, für den Arzt lohnend machen. Dies würde heissen, dass sich die Kosten sogar erhöhen würden. Die Versicherer halten sich wohl deshalb in der Frage gemeinsamer Entscheidungsfindung zurück, so Schilling. Die Pharmaindustrie hingegen ist daran interessiert: Ist der Patient vom Produkt durch die Information des Arztes überzeugt und durch die Vertrauensbeziehung zum Arzt bestärkt, wird er nicht auf den Preis achten.

Schwierigkeiten und Stolpersteine

Schilling wies aber auch auf die Schwierigkeiten hin: Ein Patient mit akuten Rückenschmerzen kommt in die Praxis. Der Arzt bringt die Rückenschmerzen in Zusammenhang mit dem Übergewicht und der schwachen Rückenmuskulatur des Patienten. Dies erklärt er auch dem Patienten. Der Patient will aber nicht abnehmen und findet, Massage sei besser als Muskeltraining. Welche Entscheidung wird nun getroffen? Eine Wellnessbehandlung mit ein bisschen Gymnastik? «Patienten wissen oft sehr genau, was sie wollen», so Schilling. Und manchmal sei es einfach dasselbe, was der Nachbar erhalten habe.

Bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung gibt es noch weitere Stolpersteine. «Nur schon den Betroffenen zu erklären, dass es mehrere Möglichkeiten gibt, ihr gesundheitliches Problem anzugehen, kann schlecht ankommen», so Elwyn. Die Patienten könnten denken, dass der Arzt nicht weiss, was er tun soll und dass er unsicher ist. Die PatientInnen sind sich nicht

Gemeinsame Entscheidungsfindung



Martin Härter,
Privatdozent an der
Universitätsklinik
für Psychiatrie in
Freiburg



Alain-François Junod,
Professor am
Universitätsspital
Genf



Jürg Schifferli,
Professor am
Universitätsspital
Basel



Glyn Elwyn,
Professor für Primary
Care an der Univer-
sität von Swansea
(Wales)



Heinz Zimmermann,
Privatdozent am
Universitätsspital
Bern



Julian Schilling,
Privatdozent am
Institut für Sozial-
und Präventiv-
medizin in Zürich



Heiner C. Bucher,
Professor am Basler
Universitätsspital

gewöhnt, dass sie mitentscheiden können. Es muss zudem auch geklärt werden, ob der Patient überhaupt in die Entscheidungsfindung einbezogen werden will. Die Patientinnen oder Patienten sollen nur so weit involviert werden, wie sie selber es wollen, sagte Elwyn, «ansonsten fühlen sie sich im Stich gelassen».

Auch besteht die Gefahr, dass der Patient mit Informationen überladen wird. In diesem Fall wird er sagen, er sei mit allem einverstanden, um sich keine Blöße zu geben. Für Elwyn bedeutet dies, dass auch die Patienten eine gewisse Kompetenz brauchen. Zudem müsse man sich bewusst sein, dass es schwierig sei, mit medizinischer Unsicherheit umzugehen und diese zu kommunizieren. Die Unsicherheit kann dabei beim Arzt, im Fachgebiet oder in der Statistik liegen. Als nützlich in schwierigen Situationen haben sich «narratives» erwiesen, so Elwyn. Dies

sind Gespräche, die Patienten mit Menschen führen, die eine Behandlung oder Operation bereits hinter sich haben. Die Erzählungen dieser Menschen helfen den Patienten, sich zu entscheiden.

Noch einen weiteren Punkt wollte Elwyn nicht unerwähnt lassen: Der Arzt kann kein Placebo einsetzen. Der Effekt verschwindet, wenn der Patient in die Entscheidung einbezogen wird.

Bei Prostatakrebs-Screening oder bei Notfällen nur bedingt geeignet

Alain-François Junod, Professor am Universitätsspital Genf, hat sich mit gemeinsamer Entscheidungsfindung in der Frage des Prostatakarzinom-Screenings befasst. Dabei wird der Wert des prostata-spezifischen Antigens (PSA) im Blut gemessen, welcher auf ein Prostatakarzinom hinwei-

sen kann. Im Moment, so Junod, gibt es keine Evidenz dafür, dass das PSA-Screening die Mortalität von Prostatakrebs senkt. Einem Patienten zu erklären, dass man nach einem Tumor suche, der wahrscheinlich klinisch nie relevant werde, sei schwierig. Gemäss Junod lassen sich Männer, welche über die PSA-Screening-Problematik informiert wurden, weniger screenen. «Wenn das Wissen über ein Vorgehen so unklar ist, soll dann die Entscheidung dem Patienten überlassen werden», fragte sich Junod, «oder entzieht sich damit der Arzt einfach dem Problem?»

Auch Heinz Zimmermann, Privatdozent am Universitätsspital Bern, wies darauf hin, dass gemeinsame Entscheidungsfindung nicht in allen medizinischen Bereichen einfach umzusetzen sei. Wer entscheidet bei einem Notfall, eine Ambulanz zu rufen? Oft sind dies Passanten, Angehörige, nur manchmal der Patient selber. Wenn der Patient auf der Notfallstation nicht ansprechbar ist, werden meist Angehörige gefragt, was der Patient denn gewünscht hätte. Selbst wenn der Patient ansprechbar ist, muss man sich fragen, wie überlegt eine Entscheidung des Patienten ist. Bei einem Herzinfarkt zum Beispiel haben die Patienten starke Schmerzen und grosse Angst. Informed-Consent oder gemeinsame Entscheidungsfindung kann in einem solchen Moment «im Widerspruch mit den Bedürfnissen des Patienten stehen», so Zimmermann. Studien hätten gezeigt, dass Ärzte den Wunsch der Patienten nach Informationen und Besprechung unterschätzen, während sie den Wunsch des Patienten, selber die Entscheidungen zu treffen, überschätzen.

Gemeinsame Entscheidungsfindung

Wieso gemeinsame Entscheidungsfindung?

Trotzdem sprechen wichtige Argumente für eine gemeinsame Entscheidungsfindung. Insbesondere die Patientinnen und Patienten wollen sie: In Europa sagen 50 Prozent in Umfragen, dass sie in medizinische Entscheidungen einbezogen werden möchten. Bei Jüngeren ist der Anteil tendenziell höher als in der Nachkriegsgeneration, wie Elwyn berichtete.

Ein weiteres Argument für gemeinsame Entscheidungsfindung erläuterte Heiner C. Bucher, Professor am Basler Universitätsspital. Die Evidence-based Medicine liefert immer mehr und eindeutiger Informationen zu Behandlungsrisiken und Prognosen. Diese müssen dem Patienten kommuniziert werden. Dazu sind Entscheidungshilfen (decision aids) nützlich. Dies sind Darstellungen, in denen das Risiko optisch und sprachlich gut verständlich erklärt wird. Wenn der Patient versteht, wofür es geht, kann er aufgrund seiner persönlichen Werte mitentscheiden. Dies ist ein wichtiger Punkt, so Bucher, denn die persönlichen Werte des Arztes und die des Patienten stimmen oft nicht überein. Wenn nun der Arzt über die

Behandlung entscheidet (z.B. Antikoagulation), so heisst dies, dass der Patient nicht erhält, was er will. Bucher: «Patienten akzeptieren beispielsweise ein höheres Hirnblutungsrisiko als der Arzt.» Nicht jeder Patient ist zudem bereit, gleich viel Risiko auf sich zu nehmen.

Schilling erinnerte daran, dass sich der gute Arzt schon immer dadurch ausgezeichnet habe, dass er ein offenes Gehör hat, verständlich informiert und berät, und den Patienten in die Entscheidung einbezieht. Schilling: «Gemeinsame Entscheidungsfindung sollte nur wieder etwas mehr in Mode kommen.»

Die Verantwortung trotzdem tragen

Jürg Schifferli, Professor am Universitätsspital Basel, versuchte am Ende der Veranstaltung eine Synthese. Er wies insbesondere auf die Schwierigkeiten hin: Wollen die Patienten wirklich gemeinsam entscheiden? Dass der Patient besser informiert werden muss, im besten Fall mit Entscheidungshilfen (decision aids), war an der Veranstaltung unbestritten. Nur: Mit Entscheidungshilfen kann man manipulieren, wie man gerade will, gab Schif-

ferli zu bedenken. Zudem wird es nicht immer einfacher zu entscheiden, je mehr man über eine Sache weiss. Und wann überflutet man einen Patienten mit Informationen?

Trotz der vielen Bedenken, die im Verlauf der Veranstaltung genannt wurden, zweifelte niemand daran, dass sowohl der Arzt als auch der Patient zur Entscheidung beitragen sollen. Denn die medizinischen Möglichkeiten sind gewachsen, das Informationsangebot auch, und Patienten- und Klientenorientierung ist gefordert: Mit gemeinsamer Entscheidungsfindung könne dem allem begegnet werden, und sie entspreche zudem ethischen Kriterien, so Härter. Am Schluss aber warnte Schifferli die Ärzte davor, sich der ärztlichen Verantwortung zu entziehen, und bei Entscheidungen «alles» den Patientinnen und Patienten zu überlassen. ●

Brigitte Casanova

Dieser Bericht erschien zuerst in «Managed Care» 2/2005.

Interessenkonflikte: keine