

Arzt und Patient im Gespräch (8):

Für und Wider gemeinsam abwägen

Alfred Haug

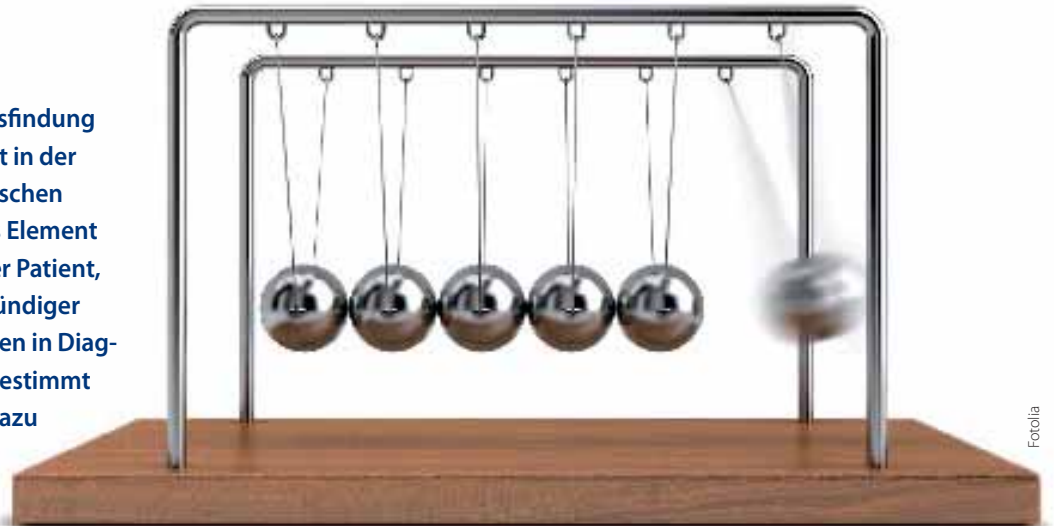
Gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) ist in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion ein wesentliches Element der Political Correctness. Der Patient, durch die Neuen Medien mündiger gemacht, soll Entscheidungen in Diagnostik und Therapie selbstbestimmt treffen. Der Arzt zeigt ihm dazu die möglichen Alternativen auf. Ist das in der individuellen Begegnung zwischen Arzt und Patient aber tatsächlich umsetzbar?

In der politischen und medialen Öffentlichkeit wird heute ein Patiententyp postuliert, der über gesundheitliche Fragen informiert ist und dem Arzt auf Augenhöhe gegenüber treten kann. So kann er auch die ihn betreffenden Entscheidungen souverän treffen, nachdem ihm sein behandelnder Arzt die Alternativen dargelegt und er sie für sich abgewogen hat (vgl. Abb. S. 24).

Der Patient schwimmt in Information...

Die frei zugängliche, allumfassende Informationswelt des Internets, aber auch TV-Gesundheitssendungen und Artikel in den Publikumsmedien haben den Arzt scheinbar seines Wissensmonopols in gesundheitlichen Fragen beraubt. Die Qualität der laienorientierten Informationen ist freilich sehr unterschiedlich. Nicht nur der Internet-Nutzer, sondern auch der kritische Fernsehzuschauer und Zeitungsleser stellt sich die Frage: Wie filtere ich aus der Unmenge an Informationen die für mich relevanten heraus? Und welche Inhalte sind glaubwürdig?

Die vielfältigen Möglichkeiten des Patienten, sich Informationen zu beschaffen,



Fotolia

sind also sicher eine notwendige, keineswegs aber eine hinreichende Voraussetzung für eine fundierte Entscheidung in wichtigen Krankheitsfragen.

... und braucht den Arzt als Steuermann

Gerade der informierte Patient braucht den Arzt, der ihm hilft, Informationen sinnvoll einzuordnen. Allerdings löst der Patient, der seinem Arzt einen Stapel Internetausdrucke auf den Schreibtisch legt, oft eher zwiespältige Gefühle aus. Was will er damit? Nur zeigen, dass er sich informiert hat? Dem Arzt „Nachhilfe“ geben? Oder äußert er Zweifel, ob dieser von der Sache genug versteht?

Was steckt hinter dem Rechercheifer?

Wenn mir ein Patient die Ausbeute seiner Online-Recherchen vorlegt mit der Bitte, das mal durchzulesen, bitte ich ihn, für mich kurz zusammenzufassen, welche wesentlichen Erkenntnisse er selbst daraus gezogen hat. Damit kommen wir in der Regel rasch zum Kern des Problems: In einigen Fällen werde ich erkennen, dass ich – insbesondere bei seltener auftretenden Erkrankungen – ein Informationsdefizit habe. Das kann ich bedenkenlos eingestehen. Denn niemand erwartet vom Hausarzt, dass er alles weiß

– wohl aber, dass er einen Weg findet, das Problem zu managen: sich selbst kündigt machen, zum Spezialisten überweisen oder Ähnliches.

Häufiger noch zeigt sich, dass der Patient eine gewisse Erwartung an seinen Arzt mitbringt, z. B. „Nimm mich mit meinem Anliegen ernst, lass mich aussprechen!“ Oder: „Ich zweifle an deinen Behandlungsmaßnahmen, reagiere bitte auf mein Anliegen und sag mir, was ich machen soll!“ Wenn diese primär unausgesprochene Botschaft thematisiert werden kann, ist das ein großer Schritt, um die Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation zu verbessern. Gleichzeitig ist es die Basis für eine adäquate gemeinsame Entscheidung von Patient und Arzt.

Zweierlei Fachleute treffen aufeinander

Denn das Gespräch zwischen ihnen ist immer auch ein Kolloquium zweier Fachleute: Nicht nur der Arzt ist Fachmann auf seinem Gebiet, sondern auch der Patient: Er ist der beste Kenner seines Körpers, seiner Reaktions- und Verhaltensweisen, er hat einen spezifischen Lebensentwurf usw. Dieses Expertenwissen muss der Arzt aktiv mit einbeziehen, wenn er den Patienten wirksam behandeln will. ▶

Wie bei allen Fachleuten gibt es natürlich bei den Patienten wie auch bei den Ärzten kompetentere und weniger kompetente Zeitgenossen, introspektionsfähige und verdrängende, Wichtigtuer, Indolente etc. Es hängt also von der Kommunikationsfähigkeit der Beteiligten und der „Chemie“ zwischen ihnen ab, ob das „Kolloquium“ zu einem erfolgreichen Abschluss kommt oder nicht.

Mut zum ausdrücklichen ärztlichen Rat

Bisher habe ich die Hauptdarsteller vorgestellt, aber wo bleibt die Handlung? Sie ist nicht drehbuchartig festgeschrieben, sondern in jedem Fall und jeder Situation anders. Das hängt mit vielen Faktoren zusammen, vor allem mit der Tatsache, dass der Patient auch heute noch – trotz aller anderslautenden Erklärungen – meist ein Leidender (Lateinisch „patiens“: leidend) ist. Ein Leidender ist jedoch in der Regel eingeschränkt in seinen Fähigkeiten, oft auch in seiner Entscheidungsfähigkeit.

Erlaubt uns das, ihn aus der Entscheidung über Handlungsalternativen auszugrenzen? Ich denke nicht! Natürlich: Je bedrohlicher die konkrete Krankheits-situation ist und je eindeutiger eine bestimmte (evtl. lebensrettende) Intervention sinnvoll erscheint, umso mehr kann und muss sich die Information seitens des Arztes darauf konzentrieren. Beispielsweise müssen wir bei einer mit hoher Wahrscheinlichkeit diagnostizierten akuten Blinddarmentzündung dem Patienten klarmachen, dass eine medikamentöse Therapie keine wirkliche Alternative zur lebensrettenden Operation darstellt.

Abweichende Entscheidung akzeptieren

Was aber sollen wir tun, wenn der Patient trotz umfassender Aufklärung seine Zustimmung verweigert? Wir können ihn nicht zwingen, sondern müssen seinen Wunsch, auch wenn er unserer ärztlichen Überzeugung entgegensteht, zähneknirschend akzeptieren und ihn bestmöglich

Je bedeutender die Einschnitte sind, die die Erkrankung für den Alltag des Patienten mit sich bringt, umso wichtiger ist es, die Therapieentscheidung gemeinsam mit ihm zu treffen.

weiterbehandeln. Denn einen Therapieabbruch, weil der Patient unseren Behandlungsvorschlag ablehnt, kann und darf es aus ethischen Gründen nur in seltenen Ausnahmefällen geben.

Optionen abwägen helfen

Die gemeinsame, auch partizipative Entscheidungsfindung genannt, ist dann besonders sinnvoll, wenn es bei einer Erkrankung mehrere gleichwertige Behandlungsmöglichkeiten mit unterschiedlichen Konsequenzen für das weitere Leben des Patienten gibt. Ein Beispiel hierfür wäre: medikamentöse Behandlung oder Bypass-Operation bei einer fortgeschrittenen Koronarsklerose. Um eine solche Entscheidung sinnvoll treffen zu können, muss der Patient die Optionen kennen. Der behandelnde Arzt muss in der Lage sein, ihm diese mit ihren wesentlichen Vor- und Nachteilen und möglichen Konsequenzen darzulegen.

Er sollte aber auch nach den Erwartungen und Ängsten des Patienten fragen und auf diese offen und ehrlich reagieren. Eine vertrauensvolle und tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung ist Voraussetzung. So übernimmt der Arzt Mitverantwortung für eine adäquate gemeinsame Entscheidungsfindung. Das endgültige Votum für oder gegen eine Therapie gibt aber dennoch immer der Patient ab.

Persönliche Wünsche klären und achten

Wir alle wissen, dass gemeinsame Entscheidungsprozesse sehr unterschiedlich aussehen können. Nach wie vor bitten mich viele, vor allem ältere oder schwerkranke, verzweifelte Patienten, für sie zu entscheiden: „Sie wissen doch am besten, was für mich gut ist.“ Diese Patienten mit dem ausführlichen Für und Wider unterschiedlicher Behandlungsansätze zu quälen, ist sicher wenig sinnvoll. Bei ihnen kommt es vielmehr darauf an, die persönlichen Wünsche und Prioritäten zu klären und diese zur Richtschnur der Therapiewahl zu machen, die wir dann – quasi im Auftrag – für sie treffen.

Arzt und Patient profitieren

Untersuchungen haben gezeigt, dass ein gemeinsames Abwägen und Auswählen von Alternativen die Zufriedenheit von Arzt und Patient erhöht, die Therapietreue steigert, Ressourcen zur Krankheitsbewältigung freisetzt und letztlich bessere Behandlungsergebnisse bringt.

Dabei wird die Entscheidungsfindung im Einzelfall stets unterschiedlich ablaufen. Denn sie muss zum einzelnen Patienten und seiner Krankheitssituation ebenso passen wie zum Stil des Arztes und zu seiner individuellen Beziehung zum Patienten. Gemeinsam den bestmöglichen Weg im Interesse des Patienten zu finden, ist daher das wesentliche Ziel im Miteinander von Arzt und Patient. ■

Literatur unter www.allgemeinarzt-online.de

*Dr. med. Alfred Haug
Arzt für Allgemeinmedizin
28355 Bremen*

Der Patient: Objekt, Partner oder Kunde?		
Modelle der Entscheidungsfindung	Arzt	Patient
Benevolenter Paternalismus	verordnet	befolgt, ist Objekt
Shared Decision Making	informiert, auch über zusätzliche Informationsquellen und Hilfen, und bietet einen Prozess gemeinsamen Entscheidens an	lässt sich Zeit, holt zweite (und dritte) Meinung ein – und entscheidet zu selbst gewähltem Zeitpunkt; ist Partner
Informed Consent (Business-Modell)	informiert, wirbt, bietet an	entscheidet, meist unmittelbar nach der Aufklärung, ist Kunde

Abbildung: Modelle der Entscheidungsfindung (nach C. Kranich)