

Erkenntnisse über die Informationsbedürfnisse der Patienten sind noch nicht selbstverständlicher Bestandteil der ärztlichen Behandlung.



## Arzt-Patient-Beziehung

David Klemperer

# Entscheidung über Therapie muss gemeinsam getroffen werden

Der Patient steht im Mittelpunkt – kaum jemand, der im Gesundheitswesen tätig ist, würde dieser Aussage widersprechen. Die Wahrnehmung der Patienten weicht jedoch häufig von dieser Idealvorstellung ab. Patienten fühlen noch allzu oft ihre kommunikativen und emotionalen Bedürfnisse nicht ausreichend berücksichtigt. Eine den Bedürfnissen des Patienten entsprechende Beteiligung an medizinischen Entscheidungen – auf Grundlage valider Informationen und einer gelungenen Arzt-Patient-Beziehung – kann die Indikationsstellung für oder gegen eine Therapie, die Therapietreue, die Behandlungsergebnisse und die berufliche Zufriedenheit der Ärzte verbessern.

### Patientenzentrierte Medizin

Die „patientenzentrierte klinische Methode“ (Patient-Centered Clinical Method), erarbeitet von der Patient-Doctor Communication Group am Zentrum für Studien der Familienmedizin, Universität von Western Ontario, orientiert sich an folgenden Leitideen (2):

- ① Exploration der Vorstellungen und Konzepte des Patienten von Krankheit und Gesundheit;
- ② Integration dieser Konzepte zum Verständnis der ganzen Person;
- ③ Schaffen einer gemeinsamen Grundlage und Partnerschaft für das weitere Vorgehen;
- ④ Prävention und Gesundheitsförderung;
- ⑤ Pflege und Verbesserung der Patient-Arzt-Beziehung;
- ⑥ realistischer Umgang mit Zeit und der erforderlichen emotionalen und physischen Energie.

Diese Kriterien wurden mithilfe von Patientenbefragungen gewonnen und stimmen mit anderen Untersuchungen überein, wie zum Beispiel der von Little et al. (10), in der Patienten die drei Bereiche Kommunikation, Partnerschaft und Gesundheitsförderung als die ihnen wichtigsten Elemente in der Arzt-Patient-Beziehung bezeichneten. Gut belegt sind auch die Informationsbedürfnisse (Textkasten 1) und Fragen, die Patienten in der Regel haben (Textkasten 2). Die Erkenntnisse über die Informationsbedürfnisse der Patienten

mögen banal erscheinen. Erwähnenswert sind sie aber allein deswegen, weil sie nicht selbstverständlicher Bestandteil der ärztlichen Behandlung sind.

### Beziehungsmodelle

Durch eine Reihe von Studien ist bekannt, welchen Kommunikationsstil und welches Maß an Beteiligung Patienten wünschen.

Emanuel und Emanuel haben 1992 in einer grundlegenden Arbeit die Prototypen von Modellen der Arzt-Patient-Beziehung beschrieben (6). Die beiden Pole bilden das paternalistische Modell (paternalistic model) und das informative Modell (informative model). Bei diesen im Folgenden dargestellten Modellen handelt es sich um „Reinformen“, wohingegen es im Alltag kontinuierliche Übergänge gibt.

Nach dem paternalistischen Modell ergibt sich der Patient passiv der professionellen Autorität, indem er der Entscheidung des Arztes zustimmt. Dem Modell liegt die Annahme zugrunde, dass der Arzt die beste Entscheidung

über eine Behandlung treffen kann. Dies ist möglich, ohne dass er persönliche Informationen vom Patienten erfragt oder ihn in den Entscheidungsprozess einbezieht. Es handelt sich um eine Einwegkommunikation. „Doctor knows best“, lautet die prägnante Beschreibung im englischsprachigen Raum.

Nach dem informativen Modell besteht die Aufgabe des Arztes darin, dem Patienten alle relevanten Informationen zur Verfügung zu stellen, damit dieser die medizinischen Interventionen auswählen kann, die seinen Vorstellungen und Werten entsprechen. Dazu gehören Informationen über den Gesundheitszustand, die Risiken und Chancen der Maßnahmen und alle Unsicherheiten im Wissen. Der Patient entscheidet dann allein. Der Arzt führt die Maßnahmen durch, für die sich der Patient entschieden hat. Der Patient ist autonom und kontrolliert die medizinische Entscheidung.

Eine Mittelstellung nimmt das zunehmend beachtete Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung (shared decision making) ein. Charles et al. (3) beschreiben die wesentlichen Elemente dieses Konzeptes:

Shared decision making (SDM) umfasst zumindest zwei Beteiligte: den Arzt und den Patienten. Beide Seiten unternehmen etwas, um am Prozess der Entscheidungsfindung teilzunehmen. Aufgabe des Arztes ist es, eine Atmosphäre herzustellen, in der der Patient das Gefühl hat, dass seine Sichtweise gefragt ist. Weiterhin muss der Arzt die Präferenzen des Patienten in Erfahrung bringen und ihm die Behandlungsoptionen mit den jeweiligen Risiken und Benefits verständlich und unverzerrt mitteilen. Er beteiligt sich darüber hinaus an der Verarbeitung der Informationen durch den Patienten, um schließlich seine Behandlungspräferenzen mit denen des Patienten abzugleichen, ohne dabei dem Patienten seine Werte aufzudrängen. SDM erfordert vom Patienten die Bereitschaft, sich am Entscheidungsfindungsprozess zu beteiligen, Präferenzen mitzuteilen, Fragen zu stellen, Argumente abzuwägen und Verantwortung zu übernehmen. Der Patient bringt Wissen ein, über das nur er verfügt: Informationen über seine Person, seine Lebensumstände, seinen sozialen Kontext, seine Hoffnungen und Befürchtungen.

#### Textkasten 1

##### Informationsbedürfnisse von Patienten (4)

- verstehen, was nicht in Ordnung ist
- eine realistische Vorstellung der Prognose erhalten
- das Arztgespräch bestmöglich nutzen
- die Abläufe und die wahrscheinlichen Ergebnisse von Untersuchungen und Behandlung verstehen
- Unterstützung und Hilfe bei der Bewältigung
- darin unterstützt werden, selber etwas zu tun
- ihr Hilfsbedürfnis und ihre Besorgnis rechtfertigen
- andere darin unterstützen, sie zu verstehen
- lernen, weitere Krankheit zu verhindern
- wissen, wer die besten Ärzte sind

Ein entscheidendes Kriterium für SDM besteht darin, dass beide Seiten der Behandlungsoption zustimmen. Dies muss nicht bedeuten, dass sie es auch jeweils für die beste Wahl halten, sondern vielmehr, dass beide dazu bereit sind, die Behandlung durchzuführen. Durch die gegenseitige Akzeptanz teilen beide Seiten die Verantwortung für die Entscheidung. In der extremen Ausformung des paternalistischen oder des informativen Modells liegt die Verantwortung ausschließlich beim Arzt oder beim Patienten; die Akzeptanz der anderen Seite spielt keine Rolle. Gegenseitige Akzeptanz kann, muss aber nicht bei diesen Modellen entstehen. Für SDM hingegen handelt es sich dabei um eine notwendige Bedingung.

## Wunsch nach Partizipation bei der Therapieentscheidung

Darüber, welchen Kommunikationsstil und welches Maß an Beteiligung Patienten überhaupt wünschen, liegen aussagekräftige Untersuchungsergebnisse vor. Rosen et al. (15) fragten Patienten nach ihrer Grundhaltung bei medizinischen Entscheidungen, wenn mehr als eine Option besteht. Die Frage bezog sich nicht auf konkrete Krankheitsbilder. 1 543 Patienten in Allgemeinmedizinpraxen sollten angeben, wer bei alternativen Behandlungsmöglichkeiten die Entscheidung treffen soll. Dass der Arzt beziehungsweise der Patient allein entscheiden soll, wünschten nur sechs Pro-

zent aller Befragten. 94 Prozent bevorzugten eine der mittleren Alternativen, das heißt, sie wollen beteiligt sein, wobei sie entweder selbst die letzte Entscheidung treffen oder diese dem Arzt überlassen wollen. Jüngere Befragte äußerten verstärkt den Wunsch nach einem höheren Maß an Partizipation.

McKinstry (13) hat darüber hinaus herausgearbeitet, dass der Wunsch nach Partizipation an der Entscheidung vom vorliegenden Krankheitsbild abhängt. Bei einem Gesundheitsproblem wie einer Wadenzerrung oder einem blutenden Leberfleck ist der Wunsch nach Teilhabe sehr viel weniger ausgeprägt als zum Beispiel bei der Depression.

Leydon et al. (9) befassten sich mit der Frage, was Krebspatienten über ihre Krankheit wissen möchten. Es zeigt sich, dass diese zwar den Wunsch haben, informiert zu werden. Aber nicht jeder Patient will umfangreiche Informationen zu jedem Zeitpunkt oder in jeder Phase seiner Krankheit erhalten.

Dies verdeutlicht, dass es für das Informationsbedürfnis und den bevorzugten Kommunikationsstil von Patienten einen Unterschied macht, ob es sich um eine gutartige oder eine bösartige und bedrohliche Erkrankung handelt. Gerade bei Patienten mit Krebserkrankung kann sich das Informationsbedürfnis im Verlauf der Erkrankung verändern. Der Arzt muss sich daher stets von neuem über die Kommunikationsbedürfnisse des Patienten orientieren.

Allerdings wird im medizinischen Alltag der Wunsch der Patienten nach Information und Partizipation nicht immer ausreichend berücksichtigt. Böker hat kürzlich auf die Barrieren hingewiesen, die einer adäquaten Arzt-Patient-Beziehung im Wege stehen (1). Empirische Untersuchungen zeigen seit langer Zeit, dass im Bereich der Kommunikation noch vieles verbessert werden kann (7, 8). Patienten klagen am ehesten über einen Mangel an Zeit, Zuwendung, Information und Partizipation.

Die therapeutische Wirkung einer gelungenen Arzt-Patient-Beziehung ist keine Entdeckung neueren Datums, sondern schon seit dem Altertum bekannt. Der Zugewinn an seelischer und selbst eingeschätzter Gesundheit durch Patientenzentrierung ist auch durch neuere Studien gut dokumentiert (17). Deutlich

cher als zuvor wurde aber darüber hinaus, dass die Partizipation gut informierter Patienten zu unterschiedlichen therapeutischen Entscheidungen führt: Einerseits waren zumindest in der Studie von Stewart et al. der Aufwand an Diagnostik und die Überweisungshäufigkeit gemindert. Andererseits treffen Patienten in der Abwägung von Vor- und Nachteilen einer Behandlung häufig andere Entscheidungen als Ärzte.

McAlister et al. (12) haben Patienten und Ärzte danach befragt, inwieweit ein kardiovaskuläres Risiko reduziert werden muss, um die Unbequemlichkeit, die Kosten und die unerwünschten Wirkungen der Behandlung aufzuwiegen. Es ging um die Schwelle, ab der – nach Abwägung der numerisch ausgedrückten Wahrscheinlichkeiten – die Vorteile der Behandlung vom Arzt oder Patienten als schwerer wiegend erachtet werden als die Nachteile (Konzept der minimal clinically important difference).

Es zeigte sich, dass die Patienten weniger häufig zu einer Behandlung neigten als die Ärzte, insbesondere, wenn das Ausgansrisiko für kardiovaskuläre Ereignisse niedrig war. Bei einem Fünfjahresrisiko für ein kardiovaskuläres Ereignis von zwei Prozent würden 49 Prozent der Patienten und 64 Prozent der Ärzte eine Behandlung befürworten. Beträgt das Fünfjahresrisiko fünf Prozent, halten 68 Prozent der Patienten und 92 Prozent der Ärzte eine Behandlung für erforderlich. Bei einem Fünfjahresrisiko von zehn Prozent würden 86 Prozent der Patienten einer Behandlung zustimmen, 100 Prozent der Ärzte würden damit beginnen.

Steel (16) untersuchte die Bewertung des Nutzens einer Bluthochdruckbehandlung durch den Patienten als Grundlage einer Entscheidung für oder gegen die Einleitung der Behandlung. Steel verwendete die „number needed to treat“ (NNT) als Maß für den Nutzen der Behandlung. Er befragte Patienten, Ärzte und Krankenschwestern, ob sie sich für oder gegen eine Behandlung entscheiden würden, wenn ein Leben durch eine fünfjährige medikamentöse

#### Textkasten 2

##### Fragen, die üblicherweise von Patienten gestellt werden (4)

- Was verursacht das Problem?
- Bin ich alleine? Wie sieht meine Erfahrung aus im Vergleich mit den Erfahrungen anderer Patienten?
- Kann ich irgendetwas tun, um das Problem zu bessern?
- Was ist der Zweck der Untersuchungen?
- Welches sind die unterschiedlichen Behandlungsoptionen?
- Was sind die Benefits der Behandlung(en)?
- Was sind die Risiken der Behandlung(en)?
- Ist es notwendig, dieses Problem zu behandeln?
- Wird die Behandlung die Symptome mindern?
- Wie lang wird es bis zur Wiedererlangung der Gesundheit dauern?
- Was sind die möglichen Nebenwirkungen?
- Welche Wirkung wird die Behandlung auf meine Empfindungen und Emotionen haben?
- Welche Wirkung wird die Behandlung auf mein Sexualleben haben?
- Wie wird es mein Risiko für künftige Krankheit beeinflussen?
- Wie kann ich mich auf die Behandlung vorbereiten?
- Wie wird der Ablauf sein, wenn ich ins Krankenhaus gehe?
- Wann kann ich nach Hause gehen?
- Was müssen diejenigen wissen, die mich betreuen?
- Was kann ich machen, um die Gesundung zu beschleunigen?
- Welche Optionen gibt es für die Rehabilitation?
- Wie kann ich das Wiederauftreten oder künftige Krankheit verhindern?
- Wo kann ich mehr Informationen über das Problem oder über Behandlungen erhalten?

Behandlung von zwölf, 33, 50, 100 oder 250 Menschen gerettet würde.

Die Gruppe der Fachärzte würde eine Therapie einleiten, wenn für die Vermeidung eines Todesfalls 100 Patienten fünf Jahre behandelt werden müssten. Für die Allgemeinärzte lautet die NNT 50, für Krankenschwestern und Patienten 33. Innerhalb der Gruppen waren die Ergebnisse sehr unterschiedlich, die Mediane unterschieden sich aber statistisch signifikant. Deutlich wurde, dass Ärzte die Wahrscheinlichkeiten von Behandlungsergebnissen anders bewerten als Patienten. Fachärzte und Allgemeinärzte initiieren die Behandlung des Bluthochdrucks bei geringerer Wahrscheinlichkeit eines Nutzens als Krankenschwestern und Patienten.

Die Studien (12, 16, 17) weisen auf einen Sachverhalt von großer Tragweite hin: Ein Teil der Patienten, die über konkrete Informationen für eine Nutzen-Risiko-Abwägung verfügen, entscheidet anders als die Ärzte. Bei Hy-

pertonus erwarten diese Patienten einen größeren potenziellen Benefit, um die Unbequemlichkeiten, Kosten und unerwünschten Wirkungen einer Therapie auf sich zu nehmen. Für andere Erkrankungen ist denkbar, dass Patienten eine niedrigere Schwelle für eine Behandlung ansetzen. Für eine patientenzentrierte Medizin erscheint es unabdingbar, den Patienten exakte Informationen über Nutzen und Risiko anzubieten.

Der Trend zur Stärkung der Patientenseite macht auch aus Sicht der Medizin einen Sinn. Selbst wenn der überwiegende Teil der Erforschung der Patientenzentrierung aus dem anglo-amerikanischen Raum stammt, scheinen die Ergebnisse auf Deutschland übertragbar zu sein, wie zum Beispiel der kürzlich erschienene Gesundheitsmonitor 2002 der Bertelsmann-Stiftung zeigt (18). Eine Patientenzentrierung bewirkt ein höheres Maß an selbst eingeschätzter Gesundheit und führt zu Therapieentscheidungen, die den Vorstellungen der Patienten besser entsprechen. Dies wiederum

führt zu einer höheren Therapietreue – „compliance becomes concordance“ (14). Hinzu kommt: Ärzte, die über gute Kommunikationsfertigkeiten verfügen, sind in ihrem Beruf zufriedener und haben weniger Stress am Arbeitsplatz (11). Viele Ärzte fühlen sich zwar bisher dem patientenzentrierten Kommunikationsstil nicht gewachsen, wie Elwyn et al. (5) herausfanden. Die gute Nachricht lautet aber, dass effektive Methoden für das Training und den Erwerb der erforderlichen Kommunikationsfertigkeiten vorliegen (11).

■ Zitierweise dieses Beitrags:  
Dtsch Arztebl 2003; 100: A 753–755 [Heft 12]

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das beim Verfasser erhältlich oder im Internet unter [www.aerzteblatt.de/lit1203](http://www.aerzteblatt.de/lit1203) abrufbar ist.

Anschrift des Verfassers:  
**Prof. Dr. med. David Klempner**  
Obere Regenstraße 31  
93059 Regensburg  
E-Mail: [david.klempnerer@soz.fh-regensburg.de](mailto:david.klempnerer@soz.fh-regensburg.de)

**DEUTSCHES ÄRZTEBLATT PRINT**

## Literaturverzeichnis zu

Klemperer, Prof. Dr. med. David

**Arzt-Patient-Beziehung: Entscheidung über Therapie muss gemeinsam getroffen werden***Deutsches Ärzteblatt 100, Heft 12 vom 21.03.2003, Seite A-753**THEMEN DER ZEIT*

1. Böker W. Der fragmentierte Patient. Dtsch Arztebl 2003; 100: A 24–27 [Heft 1–2]. [VOLLTEXT](#)
2. Brown JB, Stewart M, Ryan BL: Assessing communication between patients and physicians: The measure of patient-centered communication, London: Centre for Studies in Family Medicine, 2001 (Working Paper Series 95–2, 2nd edition). [www.uwo.ca/fammed/csfm/wkpaper.htm#wkpap9522](http://www.uwo.ca/fammed/csfm/wkpaper.htm#wkpap9522).
3. Charles C, Gafni A, Whelan T: Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Soc Sci Med 1999; 49: 651–661. [MEDLINE](#)
4. Coulter A, Entwistle V, Gilbert D: Sharing decisions with patients: is the information good enough? BMJ 1999; 318: 318–322. [MEDLINE](#)
5. Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, Grol R: Towards a feasible model for shared decision-making: perceptions and reactions of registrars in general practice. BMJ 1999; 319: 753–7. [MEDLINE](#)
6. Emanuel EJ, Emanuel LL: Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992; 267: 2221–2226. [MEDLINE](#)
7. Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J: Wie beurteilen Patienten Hausärzte und ihre Praxen? Deutsche Ergebnisse der europäischen Studie zur Bewertung hausärztlicher Versorgung durch Patienten (EUROPEP). Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich. 1999; 93: 437–445. <http://www.q-m-a.de/qm10/klingenberg.pdf>.
8. Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J: Was wünschen Patienten vom Hausarzt? Erste Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. Z Allg Med 1996; 72: 180–186.
9. Leydon GM, Boulton M, Jones A, Mossman J, McPherson K: Faith, hope, and charity: an in-depth interview study of cancer patients' information needs and information-seeking behavior. WJM 2000; 173: 26–31. <http://www.ewjm.com/cgi/content/full/173/1/26>. [MEDLINE](#)
10. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C et al.: Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. BMJ 2001; 322: 468–72. [MEDLINE](#)
11. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. BMJ 2002; 325: 697–700. [MEDLINE](#)
12. McAlister FA, O'Connor AM, Wells G, Grover SA, Laupacis A: When should hypertension be treated? The different perspectives of Canadian family physicians and patients. CMAJ 2000; 163: 403–8. [MEDLINE](#)
13. McKinstry B: Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. BMJ 2000; 321: 867–71. [MEDLINE](#)
14. Mullen PD: Compliance becomes concordance. BMJ 1997; 314: 691–692. [MEDLINE](#)
15. Rosen P, Anell A, Hjortsberg C: Patient views on choice and participation in primary health care. Health Policy 2001; 55: 121–8. [MEDLINE](#)
16. Steel N: Thresholds for taking antihypertensive drugs in different professional and lay groups: questionnaire survey. BMJ 2000; 320: 1446–1447. [MEDLINE](#)
17. Stewart MA, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J: The impact of patient-centered care on outcomes. Journal of Family Practice, 2000, 49; 796–807. [MEDLINE](#)
18. Streich W, Klemperer D, Butzlaff M: Partnerschaftliche Beteiligung an Therapieentscheidungen. In: Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2002. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung 2002.