

# Partizipation der Patienten an medizinischen Entscheidungen

**Die Arzt-Patient-Beziehung verändert sich. Patienten wollen – mehr oder weniger stark – in medizinische Entscheidungen einbezogen werden. Wenn Patienten mitentscheiden, wirkt sich dies auf die Behandlungsentscheidungen und auf die Behandlungsergebnisse aus.**

**David Klemperer**

**P**atienten wollen gute, konkrete und verlässliche Informationen, mit denen sie ihre aktuelle Situation und den zu erwartenden Verlauf einer Erkrankung mit und ohne Behandlung beurteilen können. An den zu treffenden Entscheidungen möchten sie sich in mehr oder weniger grossem Ausmass beteiligen. Nur eine kleine Minderzahl möchte den Arzt allein entscheiden lassen beziehungsweise allein ohne den Arzt entscheiden. Die Patienten wünschen auch mehr Informationen über Ärzte, um sich für oder gegen einen Arzt als Behandler entscheiden zu können. Dies sind Ergebnisse zahlreicher empirischer Studien, die sich mit der Patientenperspektive befasst haben, zuletzt «The European Patient of the Future» der Picker-Foundation [1] und der Gesundheitsmonitor 2002 der Bertelsmann-Stiftung [2].

Die Tendenz zu mehr Partizipation ist Teil von übergeordneten gesellschaftlichen Tendenzen. So ist zum Beispiel

die Konsumentenbewegung stärker geworden; verschiedene gesellschaftliche Bereiche werden vermehrt auch unter den Gesichtspunkten Effizienz, Effektivität und Sicherheit kritisch beurteilt; und der Zugang zu Informationen aller Art, auch medizinischen, hat sich drastisch erweitert.

## Vom väterlichen zum partnerschaftlichen Arzt

Das einmal vorherrschende Ideal des väterlich-benevolenten Arztes, der allein und im besten Wissen für den Patienten entscheidet, dem der Patient blind vertraut und folgt, ist im Rückzug begriffen. Patienten wünschen sich zunehmend Ärzte, die Empathie zeigen, sich Zeit nehmen, zuverlässig, beweisgestützt und verständlich informieren, sie in die Entscheidungen einbeziehen und sorgfältig und kompetent arbeiten. Das patientenzentrierte Modell der Arzt-Patient-Beziehung («Patient-Centred Clinical Model») geht noch einen Schritt weiter und beschreibt eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Arzt und Patient, die stets gepflegt werden muss; der Arzt kennt den Patienten und dessen Vorstellungen und Konzepte von Krankheit und Gesundheit und bezieht Letztere in die Gespräche über Behandlungsentscheidungen ein.

## Wenn Patienten mitentscheiden

Den Wunsch der Patienten nach Partizipation integriert das zunehmend ins Blickfeld rückende Konzept der gemeinsamen Entscheidungsfindung («shared decision making», SDM). SDM erfordert die Bereitschaft und Fähigkeit zur Kooperation sowohl von Seiten des Arztes als auch von Seiten des Patienten. Der Patient



David Klemperer

muss darüber hinaus willens und in der Lage sein, Verantwortung für sich und seine Krankheit zu übernehmen. Arzt und Patient durchlaufen nun einen gemeinsamen Prozess des Informationsaustausches, der Abwägung und der Entscheidung. Dabei wird auch geklärt, in welchem Umfang der Patient informiert und in die Entscheidung einbezogen werden möchte. Die Entscheidung, die letztlich gefällt wird, muss nicht notwendigerweise von beiden Seiten für die beste Wahl gehalten werden – es geht vielmehr darum, dass beide dazu bereit sind, die Entscheidung umzusetzen [3].

Grundsätzlich sind sich Ärzte darin einig, dass SDM ein neues Konzept ist, das von ihren gewohnten Vorgehensweisen abweicht [4]. Manche Ärzte sind nicht dazu bereit, dem SDM-Konzept zu folgen, unter anderem, weil sie den Patienten keine Entscheidung zutrauen. Andere Ärzte hingegen betrachten SDM als Entlastung und Chance, fühlen sich aber trotzdem überfordert, weil sie sich nicht ausreichend in den erforder-

derlichen Kommunikationsfertigkeiten ausgebildet fühlen. Diese Fertigkeiten sind jedoch erlernbar, wie in einer Übersichtsarbeit kürzlich dargelegt wurde [5].

### Andere Entscheidungen

Wenn die Patienten einbezogen werden, wirkt sich das sowohl auf die Behandlungsentscheidungen als auch auf die Behandlungsergebnisse aus. Erhalten beispielsweise Patienten mit Bluthochdruck konkrete Informationen über ihre kardiovaskulären Risiken (z.B. Herzinfarktrisiko innerhalb der nächsten 5 Jahre) und darüber, wie viele Patienten behandelt werden müssen, um einen Herzinfarkt zu verhindern (number needed to treat), so kommen sie zu Entscheidungen, die sich von denen ihrer Ärzte unterscheiden [6, 7]. Die Schwelle, von der an eine Behandlung für lohnend erachtet wird, liegt für die Patienten in diesen Studien höher als für die Ärzte. Die Patienten erwarten also einen grösseren potenziellen Benefit als die Ärzte, um die Unbequemlichkeiten, Kosten und unerwünschten Wirkungen einer Therapie auf sich zu nehmen. Hierin kommt auch zum Ausdruck,



dass sich eine Entscheidung zwar auf wissenschaftliche Daten gründet, letzten Endes aber individueller, subjektiver und nichtwissenschaftlicher Natur ist. Unterschiedliche Patienten können in vergleichbaren medizinischen Situationen zu unterschiedlichen Entscheidungen gelangen.

Die Auswirkungen umfassender Informationen auf die Entscheidung sind auch Teil der aktuellen Debatte um die Untersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung [8]. Die Anbieter des Mammografie-Screenings wollen die Frauen mit ihren Informationen für eine Teilnahme gewinnen. Bemerkenswerterweise enthalten ihre Broschüren keine Informationen über das absolute Risiko, an Brustkrebs zu erkranken beziehungsweise zu sterben, oder darüber, wie viele Frauen untersucht werden müssen, um einen Todesfall zu verhindern (number needed to screen to prevent one death). Ebenso werden Informationen über mögliche gravierende Schäden weitgehend vorenthalten [9]. Partizipation auf der Grundlage vollständiger und konkreter Informationen dürfte den Anteil der Frauen senken, die eine Brustkrebsfrüherkennung für sich persönlich für lohnend erachten.

### Andere Ergebnisse

Partizipation wirkt sich auch auf die Behandlungsergebnisse aus. Behandlungsergebnisse sind auf unterschiedliche Weise darstellbar. Neben physiologischen Parametern (z.B. Blutdruckwert) sind auch psychologische Ergebnisse bedeutsam, zum Beispiel Angstminderung, Zufriedenheit, Lebensqualität und das Gefühl, mit der Krankheit leben zu können. Die



Illustrationen: Peter Wanner

vorliegenden empirischen Untersuchungen bestätigen den wenig überraschenden Sachverhalt, dass gerade diese psychologischen Ergebnisse dann besser sind, wenn der Patient in dem Masse an der Entscheidung partizipiert hat, wie er es wünschte [10, 11]. Ebenso wenig überrascht es, dass sich Patienten eher an eine Therapie halten, wenn die Entscheidung im Konsens getroffen wurde [12].

### Nachteile und Vorteile

Kann die Partizipation auch mit Nachteilen oder Gefahren einhergehen? Konflikte können entstehen, wenn Patienten ihre Ärzte mit konkreten Forderungen konfrontieren – in einer gerade veröffentlichten amerikanischen Studie geschieht dies bei einem Viertel der hausärztlichen Kontakte [13]. Denkbar ist stets, dass die Suche nach einer von beiden Seiten akzeptierten Entscheidung erfolglos bleibt. Schliesslich könnte die Forderung, auch über teure Behandlungsoptionen umfassend zu informieren, in Zeiten knapper Ressourcen und ausgeschöpfter Budgets beim Arzt zu einem Interessenkonflikt führen.

Zu den Vorteilen der Partizipation zählen Entscheidungen, die den Bedürfnissen der Patienten besser entsprechen, sowie bessere subjektive und objektive Outcomes. Vielleicht bietet die Partizipation der Patienten im Rahmen einer patientenzentrierten und beweisgestützten Medizin auch ein Instrument auf der Mikroebene der Leistungserbringung, um das allgegenwärtige Problem der Über-, Unter- und Fehlversorgung zu mindern. ■

**Autor:**

**Korrespondenz:**

**Prof. Dr. med. David Klemperer**

Seybothstrasse 2

D-93053 Regensburg

E-Mail: david.klemperer@soz.fh-regensburg.de

Internet: www.klemperer.de.ms

*Hinweis: Eine ausführlichere Publikation zu diesem Thema erscheint in Kürze: Klemperer D: Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P03-*

*302, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Oktober 2003. Bestellung/Download: <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2003/i03-302.pdf>*

### Literatur:

1. Coulter A, Magee H (Eds.): *The European Patient of the Future*. Maidenhead, Philadelphia: Open University Press, 2003.
2. Streich W, Klemperer D, Butzlaff M: Partnerschaftliche Beteiligung an Therapieentscheidungen. in: Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.) *Gesundheitsmonitor 2002*. Gütersloh: Verl. Bertelsmann Stiftung, 2002.
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.
4. 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: 753-756.
5. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J: Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 3, 2003*. Oxford: Update Software.
6. 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.
7. Steel N: Thresholds for taking antihypertensive drugs in different professional and lay groups: questionnaire survey. *BMJ* 2000; 320: 1446-1447.
8. Thornton H, Edwards A, Baum M: Women need better information about routine mammography. *BMJ* 2003; 327: 101-103.
9. Slaytor E, Ward JE: How risks of breast cancer and benefits of screening are communicated to women: analysis of 58 pamphlets. *BMJ* 1998; 317: 263-4.
10. Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H: Quality at general practice consultations: cross-sectional survey. *BMJ* 1999; 319: 738-743.
11. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J: Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet*. 2001; 357: 757-762.
12. Mullen PD: Compliance becomes concordance. *BMJ* 1997; 314: 691-692.
13. Kravitz RL, Bell RA, Azari R, Kelly-Reif S, Krupat E, Thom DH: Direct Observation of Requests for Clinical Services in Office Practice. *Arch Intern Med*. 2003; 163: 1673-1681.

**Inserat  
WIG**